

Univerzita Karlova v Praze

Husitská teologická fakulta

Katedra psychosociálních věd a etiky

Bakalářská práce

**Léčba pachatelů trestné činnosti spojené s užíváním
pervitinu**

Treatment of offenders associated with the use of methamphetamine

Vedoucí práce:
PhDr. Miloslav Čedík

Autor:
Žaneta Aghová

2013

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala PhDr. Miloslavu Čedíkovi, vedoucímu mé bakalářské práce, za věcné připomínky a rady. Dále bych poděkovala primáři MUDr. Jiřímu Švarcovi za odborné konzultace a poskytnutí praktických poznatků a celému týmu ochranného léčení v Psychiatrické léčebně v Bohnicích. Ráda bych také poděkovala Mgr. Janě Synkové za odbornou konzultaci v okruhu sociální práce a své matce dis. Jindřišce Aghové za právní konzultace, rady a pevné nervy.

Prohlášení

„Prohlašuji, že předložená bakalářská práce Léčba pachatelů trestné činnosti spojené s užíváním pervitinu je mým autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.“

V Praze dne 2.7.2013

Žaneta Aghová

Anotace

Bakalářská práce se snaží poskytnout informace ohledně drogové problematiky spojené s užíváním pervitinu a ochranného léčení protitoxikomanického.

Cílem bakalářské práce je podat základní informace o pervitinu na základě dostupné odborné literatury. Práce se zabývá užíváním a závislostí na pervitinu a poodhaluje poznatky z oblasti ochranného léčení protitoxikomanického v Psychiatrické léčebně v Bohnicích. Na základě provedeného výzkumu a za využití vlastních úvah se snaží porovnat teoretické poznatky s těmi praktickými.

Klíčová slova

droga, pervitin, závislost, drogová kriminalita, ochranné léčení, terapeutické přístupy léčby závislostí, léčba závislostí, ochranné léčení protitoxikomanické v Psychiatrické léčebně v Bohnicích

Annotation

The Bachelor thesis is trying to provide information on drug issues related to the use of methamphetamine and protective drug-treatment.

The target of this thesis is to give structured information related to addiction to methamphetamine, its use and consequences based on the study of available professional literature. Emphasis is placed on the persons who got into trouble with the law and are judicially ordered inpatient treatment. The thesis focuses on inpatient treatment by physicians and it is also trying to compare theoretical and practical knowledge.

Keywords

A drug, methamphetamine(meth), addiction, drug-related crime, protective treatment, therapeutic approach to addiction treatment, treatment of addictions, protective drug-treatment in the Mental Hospital in Bohnice

Seznam zkratek

AT (alkoholismus a toxikologie)

OL (ochranné léčení)

OPL (omamná a psychotropní látka)

PLB (Psychiatrická léčebna Bohnice)

TZ (trestní zákoník)

ÚZ (úplné znění)

TŘ (trestní řád)

Obsah

Úvod	11
Teoretická část	13
1. Droga	13
1.1 Dělení drog	14
1.2 Stimulační drogy	14
1.3 Pervitin	15
2. Závislost	19
2.1 Složky závislosti	19
2.2 Znaky závislosti	20
2.3 Specifika závislosti na pervitinu	21
2.4 Faktory ovlivňující rozvoj závislosti	21
2.5 Droga jako umělý zdroj odměny	23
3. Drogy a kriminalita	24
3.1 Právní úprava	25
3.1.1 Ochranné opatření	25
3.1.2 Ochranné léčení a jeho právní úprava	26
4. Psychoterapie v léčbě závislostí	28
4.1 Terapeutické přístupy	28
4.2 Obecné složky psychoterapie návykových poruch	30
5. Léčba závislostí	33
5.1 Typy léčby	33
5.2 Ambulantní ochranné léčení	34
5.2.1 Formy a metody ambulantní léčby	35
5.3 Střednědobá ústavní léčba	36
5.3.1 Znaky nedobrovolné léčby	38
5.3.2 Struktura a metody ochranného léčení	38
Praktická část	40
6. Kvalitativní výzkumné šetření	41
6.1 Metodika výzkumného šetření	41

6.2 Ochranné léčení protitoxikomanické v Psychiatrické léčebně v Bohnicích.....	44
6.2.1 Terapeutické složky ochranného léčení protitoxikomanického v PLB.....	45
6.2.2 Systém léčení	46
6.2.3 Bodový systém	46
6.2.4 Režim dne.....	47
6.2.5 AT skupiny	49
6.2.6 Nejčastější problémy klientů v ochranné léčbě	50
6.3 Rozhovory	50
6.3.1 Interpretace výsledků rozhovorů.....	51
6.4 Vyhodnocení výzkumných otázek.....	56
Závěr.....	59
Seznam literatury	61
Seznam příloh.....	65

Úvod

Téma drogové problematiky jsem si vybrala záměrně vzhledem k tomu, že pocházím z Mostu, kde není žádnou neznámou spojením regionu s nezaměstnaností, drogami a kriminalitou.

Návykovou látku pervitin si vybírám proto, že v mém okolí je mnoho lidí, kteří rekreačně užívají pervitin, ale mnohem víc je těch, kteří této droze podlehli v takové míře, že následky jejího užívání si nesou doposud. Myšlenka napsat bakalářskou práci na téma spojené s pervitinem mě napadla ve chvíli, kdy mi kamarád, který byl každodenním a dlouholetým uživatelem pervitinu, vyprávěl, kam až ho droga dohnala. V tento okamžik jsem se zamyslela, proč tak krásný mladík musel oslepnout, a pak až pochopila, že...

O tématu léčby pachatelů trestné činnosti spojené s užíváním pervitinu rozhodla má týdenní praxe ve Věznici Bělušice na specializovaném oddělení pro závislé odsouzence. Zde jsem se setkala s osudy mnoha lidí, které se shodovaly v jedné věci, a to v silné touze užít omamnou a psychotropní látku - pervitin. Věrnou přítelkyni, která nikdy nezlame, na každém rohu jí okusíme, vždy si ji dáme, jak říkají sami klienti.

Kdybych se předtím nikdy nesetkala s touto zmijí, nikdy bych těmto mladým mužům nevěřila. V mém okolí je však mnoho vyhasínajících duší, které téměř položily svůj život za bílou krásku. Přes všechny nesnáze dál bojují o její přízeň a laskavost, která se projevuje pocitem pohody, nadhledu, bezstarostnosti a pozemského ráje. Kladu si otázku, co ony mladé muže dohnalo až na samé dno?

Skutečnost, že drogová problematika je často diskutovaným tématem, které přináší vlny odporu a nechuti, mě přesvědčila, že právě tato skupina lidí si žádá speciální pozornost. Cílovou skupinou jsou proto osoby, které každodenně užívají návykovou látku pervitin a v souvislosti s jeho užíváním se dostaly do konfliktu se zákonem a kterým je soudem nařízeno ochranné léčení protitoxikomanické. Jelikož jsem měla možnost absolvovat odbornou praxi ve věznici na specializovaném oddělení Drop – inu, zajímalo mně, jak zpravidla probíhá následná ochranná léčba protitoxikomanická v psychiatrických léčebnách.

Cílem bakalářské práce je podat základní informace o pervitinu na základě dostupné odborné literatury. Práce se zabývá užíváním pervitinu, závislostí na něm a poodhaluje poznatky z oblasti ochranného léčení protitoxikomanického v Psychiatrické léčebně v Bohnicích. Na základě provedeného výzkumu a za využití vlastních úvah se snaží porovnat teoretické poznatky s těmi praktickými.

Teoretickou část jsem rozdělila do pěti hlavních částí.

První část je zaměřena na obecnou charakteristiku drog, vysvětlení základních pojmů a specifikuje omamnou a psychotropní látku pervitin jako jednu z látek se stimulačním účinkem na člověka, poukazuje na nemalá rizika spojená s jeho užíváním.

Druhá část práce je věnována obecně závislosti na návykových látkách, definuje ji a ukazuje znaky, kterými se charakterizuje pervitin.

Třetí kapitola se zabývá drogovou kriminalitou obecně a jejím spojením s užíváním pervitinu. Pro pochopení ochranného léčení jsou zde uvedeny základní paragrafy a právní úpravy týkající se právě možností uložení ochranného opatření.

Ve čtvrté kapitole je nemalá pozornost věnována léčbě závislostí v okruhu možností ochranného léčení protitoxikomanického. Obecně jsou poodhaleny terapeutické přístupy závislostí, které se využívají v nedobrovolném léčení.

Pátá kapitola dělí léčbu závislostí na ambulantní a pobytovou a představuje její základní složky. Práce se dále detailně zaměřuje na pobytovou část ochranného léčení, která se zpravidla vykonává ve zdravotnickém zařízení.

V praktické části práce se budu snažit najít shody mezi teoreticky popsanou částí ochranné léčby a praktickými poznatky na základě dostupné odborné literatury. Protitoxikomanické léčení je zde popsáno z praktického hlediska v podobě ochranné léčby v Psychiatrické léčebně v Bohnicích. Užití texty jsou čerpány z vnitřních, neveřejných dokumentů PLB.

Metoda uplatněná v praktické části spočívala především v pozorování klientů na specializovaném pracovišti Psychiatrické léčebny v Bohnicích v rámci odborné praktické stáže na oddělení ochranného léčení. Informace popsané z pozorování jsou doplněné neformálními rozhovory s pracovníky oddělení a prostudovanými texty poskytnutými zařízením. Pozorování je dále doplněno formálními polostrukturovanými rozhovory s klienty, kteří se nacházejí v léčebném procesu s diagnostikovanou závislostí na pervitinu. Následná analýza rozhovorů poukazuje na zvláštnosti související s užíváním pervitinu a ochranným léčením. Snaží se poodhalit vnímání klientů a jejich uvědomování si rizika spojeného s užíváním drogy a dopady léčby přímo na ně samotné.

Teoretická část

1. Droga

První kapitola představuje drogu jako pojem, který lze definovat mnoha způsoby. V práci jsou vybrány nejvíce užívané pojmy interpretované odborníky zabývajícími se drogovou problematikou a sociální prací. Tato část seznamuje čtenáře se základními pojmy užitými v drogové problematice. Obecně rozděluje drogy a detailně se zaměřuje na stimulační látky, pod které patří amfetaminy, z nichž hlavním zástupcem je pervitin. Detailně drogu popisuje, charakterizuje její účinky, poukazuje na škodlivost a dále poodhaluje následky užívání pervitinu.

Definice pojmu droga má stejně jako mnohé další výrazy užívané odborníky i širokou veřejností různé varianty a interpretace. Odborník na sociální práci Matoušek (2008, str. 53) chápe drogu jako *„široký pojem s mnoha významy, z nichž nejobecnější je lék, čili léčivo podřízené mezinárodní kontrole.“* V dalším významu znamená *psychoaktivní látku, která je dostupná bez lékařského předpisu*. Touto látkou může být například alkohol nebo tabák, ale i kofein. *„Psychoaktivní látkou se rozumí každá látka, která ovlivňuje duševní procesy, aniž nutně vyvolává závislost“*. (Matoušek, 2008, str. 53) Psychologický slovník označuje drogu jako *„látku, která je používána a zneužívána pro změnu nálady, vědomí, povzbuzení či tlumení somato- psychických funkcí.“* (Hartl, 1993, str. 41).

Ze shora uvedeného je patrné, že definice pojmu droga není jednoznačně vymezena a může znamenat i látku, jejíž držení a užívání je nezákonné. Nejčastěji se s ní v češtině prolíná několik významů, jako jsou *„Odborný farmaceutický pojem „droga“ označující medicínský účinek látky rostlinného nebo živočišného původu. Anglický termín „drug“ označující veškerá léčiva nebo hovorový pojem droga označující látku (většinou nelegální), jejíž účinky mění psychiku.“* (Trávníčková, Zeman, 2010, str. 10) V drogové problematice je často promítán pojem návyková látka jako *„každá chemická látka, která mění psychický stav a na kterou se může vytvořit návyk a závislost.“* (Pavlovský, 2002, in Fischer, Škoda, 2009, str. 88)

1.1 Dělení drog

„Drogy bývají nejčastěji rozdělovány podle kritéria působení na organismus (účinku) – na povzbuzující a tlumící, kritéria legálnosti – legální a nelegální, ale také podle dalších kritérií jako dostupnosti, rizika vzniku závislosti a dalších. Jedním z častých kritérií je dělení drog podle schopnosti vyvolávat závislost – psychickou, fyzickou nebo obojí. K látkám vyvolávajícím především psychickou závislost jsou řazeny amfetaminy, halucinogeny, zejména LSD, kokain a marihuana. Psychickou i fyzickou závislost vyvolávají zejména: alkohol, barbituráty a opiáty. Podle rizika vzniku závislosti patří mezi nejnebezpečnější drogy crack, kokain, heroin, pervitin a alkohol. Mezi látky vyvolávající nejčastěji látkovou závislost patří ty, které mají některé z následujících účinků: snižují strach a napětí, zlepšují náladu, vyvolávají euforii nebo jiné příjemné pocity, zvyšují duševní nebo tělesný výkon, mění smyslové vnímání a chování.“ (Trávníčková, Zeman, 2010 str. 10)

Drogy se dále mohou rozdělovat dle rizika vzniku závislosti a dopadu užívání na jedince, a to na tvrdé a měkké. Za zcela nejměkčí drogy jsou uváděny čaj a káva, dále pak marihuana, hašiš. Mezi středně tvrdé drogy lze považovat alkohol a extázi. Vysoká míra rizika poškození drogou jsou patrná u pervitinu, kokainu a lysohlávek. Avšak není zde pervitin uváděn jako nejtvrďší droga co do ničujících dopadů na jedince, jako je například toluen či heroin. Najdeme zde také crack, LSD, durman nebo i morfin. (Minařík, 2010)

1.2 Stimulační drogy

Stimulancia jsou látky ovlivňující centrální nervovou soustavu tak, že povzbuzují nervovou činnost. Do této skupiny řadíme amfetaminy, kokain, kofein, nikotin a některé syntetické látky, které hlavně snižují chuť k jídlu.¹ (Kalina, 2001)

Jak uvádí Kalina (2001, str. 15), amfetamin „je látka z velké skupiny syntetických drog se silným stimulačním účinkem na centrální nervový systém. Tato skupina obsahuje mnoho látek prodáváných v nezákonném obchodě a také velký počet látek užívaných v lékařství. Nejčastěji zneužívanou skupinou drog této skupiny je metamfetamin čili pervitin.“ Mnoho druhů amfetaminů se běžně používalo v medicíně jako lék. Postupně se od léčiva začalo

¹ Vzhledem k rozsáhlosti práce a jejímu zaměření na stimulační drogy zde není uvedeno ostatní dělení drog. Více informací v **Kalina, Kamil et al. Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí.** Praha : Filia Nova, 2001. ISBN 80-238-8014-4.

ustupovat, a to vzhledem k prokázaným škodlivým účinkům, včetně jejich potenciálu pro závislost. V současnosti se předepisování amfetaminů omezilo pouze na určité nemoci, jako je narkolepsie a hyperaktivita. Zvláštností je, že se podávaly jako léky proti snížení chuti k jídlu. (Kalina, 2001)

1.3 Pervitin

Metamfetamin čili pervitin je jedna z nejdostupnějších drog v České republice, a to jednak pro svou snadnou výrobu a také pro svou cenu, která je ve srovnání s podobnými látkami nízká. Jeden gram drogy lze získat za 800 až 1000 Kč, ze kterého má běžný uživatel kolem 10 dávek. Omamná látka ovlivňuje člověka na všech úrovních jak po biologických, psychických, behaviorálních, tak i dalších. Oproti jiným látkám se pervitin rozpouští v těle za poměrně dlouhou dobu. Doba rozpustnosti látky se počítá kolem 12 – 13 hodin. Obecně platí, že čím větší dávka, tím větší hrozí riziko předávkování drogou. Jedinec se může snadno předávkovat, jelikož není nikdy znám přesný obsah a složení látky. (Bayer, 2011)

Kalina (2008) uvádí, že užívání pervitinu je specifické pro Českou a Slovenskou republiku. Jedná se o nejvíce užívanou stimulační drogu, běžně označovanou jako pervitin, kterou lze vyrobit v domácích podmínkách. Droga se vyrábí z léků „volně prodejných, proti nachlazení, obsahující pseudoefedrin (např. Nurofen Stopgrip, Modafen, Disophrol, Rinopront, dříve Solutan)“ (Kalina, 2001, str. 79)

V České republice se distribuuje v podobě „psaníček“. Zde je droga zabalena do obdélníku z poskládaného papíru. Pervitin má hořkou chuť, je bez zápachu a dá se snadno rozpustit ve vodě nebo v alkoholu. Jedná se o bílý prášek, zbarvený někdy mírně dohněda nebo do růžova v souvislosti s množstvím jódu užitého při výrobě.² (Kalina, 2001)

Účinky pervitinu

„Přitažlivé účinky pro uživatele jsou pocity psychické a fyzické pohody, síly a důvěry, radostná nálada až euforie, zvýšená čilost a energie, snížení pocitu hladu a únavy, redukce potřeby spánku, zvýšená výkonnost při fyzické i psychické práci“ (Kalina, 2001, str. 15) Pro fyzické zvýšení tělesné aktivity je droga často využívána studenty, sportovci, řidiči, ale i lidmi zaměstnanými v zátěžových povoláních, jako jsou například vojáci, zejména pro dlouhou dobu účinku drogy na organismus. Charakteristický fyzický stav po užití malé dávky

² více informací k nalezení na:

<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/72/2788/Akutni-ucinky-metamfetaminu>

je prohloubené dýchání a zvýšená srdeční činnost, krevní tlak a tělesná teplota, pocení, rozšíření zorniček, sucho v ústech, průjem, ztráta chuti k jídlu. (Kalina, 2001)

Abúzus – užívání pervitinu

Užívání návykové látky nalezneme pod odborným termínem abúzus.³

„Užívání drog poškozuje zdraví a kvalitu života nejenom uživatelů drog a jejich blízkých, ale v důsledku negativních zdravotních, sociálních, ekonomických a bezpečnostních dopadů, které s užíváním drog souvisejí, ohrožuje i zdravý vývoj celé společnosti. Užívání drog představuje závažné riziko: změny základních životních hodnot, oslabování vůle, narušování mezilidských vztahů a rozklad rodin, ohrožení pořádku ve městech, veřejného zdraví a bezpečnosti, nárůst společenských nákladů obecně“ (Kalina, 2003, str. 25) Matoušek (2008, str. 19) uvádí, že „užívání psychoaktivní látky vede ke zdravotnímu poškození nebo k nepříjemné psychické reakci. Termín je používán jak pro látky, které jsou návykové, tak pro látky nevyvolávající závislost.“

„Abúzus drog obvykle signalizuje neschopnost přizpůsobit se vnějším i vnitřním podmínkám, v nichž se člověk pohybuje, tj. adaptovat se na životní požadavky. Dochází k zanedbávání jiných činností nebo zájmů ve prospěch užívané drogy a zvyšuje se množství času nutného k jejímu získání, užívání nebo zotavení se z jejího účinku. Lze říci, že abúzus redukuje nebo zcela vypouští důležité sociální, pracovní i rekreační aktivity a větší část dne věnuje snaze opatřit si drogu či prostředky na ni včetně krádeží či jiných druhů trestných činů.“ (Trávníčková, Zeman, 2010 str. 10)

Pervitin lze užívat nitrožilně nebo takzvaným „šňupáním“ (Nešpor, Scémy, 2003) Dlouhodobí uživatelé pervitinu přecházejí k injekčnímu užití drogy z důvodu rychlejšího přenosu látky krví a silnějšímu účinku. Rizika v podobě ohrožení zdraví, která přináší nitrožilní užívání drog, jsou spojena s nedostatečnou hygienou, zejména čistotou takzvaného „nádobička“, potřebného k užití látky. Často diskutovaným tématem je sdílení injekčních stříkaček, což s sebou nese ta největší rizika, zejména přenos vážných nemocí, například hepatitidy typu C, viru HIV. Rovněž je zde velké riziko zánětu žil, vznik hnisavých ložisek v žilách a abscesů, poranění tepny a dalších komplikací. (Nešpor, Scémy, 2003)

Shora popsané chování je rizikové, neboť tento typ užívání pervitinu je spojen s vyšší pravděpodobností zdravotního poškození, zejména shora popsaným sdílením

³

více informací k nalezení v glosáři pojmů:

http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/a/abusus_zneuzivani

injekčních stříkaček a jejich nedostatečnou hygienou. Práci v oblasti rizikového chování za účelem zmírnění poškození drogou se zabývá program Harm Reduction.⁴

Intoxikace pervitinem

Stav po užití látky je odborně nazýván jako intoxikace. Následky a projevy, jež jsou patrné u uživatelů pervitinu, dle Kaliny (2011, str. 50), je „stav nastávající po aplikaci dostatečného množství psychoaktivní látky, jehož následkem jsou poruchy úrovně vědomí, rozpoznávacích schopností (kognitivních funkcí), vnímání, schopnosti úsudku, emocí (afektivity), chování a dalších psychických funkcí a reakcí. Poruchy souvisejí s okamžitým farmakologickým účinkem látky a naučenými reakcemi na ni a po určitém čase zcela odeznívají s výjimkou tkáňových poškození nebo jiných vyskytnuvších se komplikací.“ Stavy úzkosti a paniky doprovázejí intoxikaci často i po jednorázovém užití pervitinu. (Kalina, 2008) Intoxikovaný pervitinem dále nemá potřeby hladu ani žízně. Může dojít k selhání celého organismu.⁵

Akutní otrava pervitinem - návykovou látkou

Akutní otrava bývá nejčastější příčinou odvykání od návykových látek. Uživatel se dostane do tíživého stavu, který již není schopen řešit sám za pomoci drogy, a vyhledává odbornou pomoc. Často se stává, že v takovém stavu je klient dovezen rodinnými příslušníky nebo Policií České republiky ve stavu nepřítomném do potřebného zařízení, aby byl ošetřen a stabilizován ve stavu, který již přímo neohrožuje jeho život. (Kalina, 2001) Vyšší stupeň otravy se projevuje poruchami vnímání, velmi často dochází k iluzím, halucinacím, a to zejména vizuálního typu, jako jsou bludy. Stavy intoxikace mohou vést až k paranoie a depresím. (Kalina, 2008) Další autor uvádí, že se mohou objevit vysoké horečky, křeče, kóma, krvácení do mozku a následně i smrt. (Fischer, Škoda, 2009) Při předávkování pervitinem se mohou objevit úzkostné stavy, může dojít k srdečnímu selhání. Mohou se také objevit epileptické záchvaty. (Kalina, 2008) U chronických uživatelů se otrava projevuje obdobně jako delirijní stavy po požití alkoholu (Kalina, 2003) a také „...se mohou vyskytnout stavy obdobné paranoidní formě schizofrenie“ (Fischer, Škoda, 2009, str. 113)

⁴

Více informací k nalezení v glosáři pojmů

http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/h/harm_reduction

⁵

Více informací viz.: glosář pojmů

<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/72/2788/Akutni-ucinky-metamfetaminu>

Chronické užívání pervitinu může způsobovat změny osobnosti a působit na chování člověka. (Kalina, 2001)

Toxická psychóza

Psychotická porucha vyvolaná zneužíváním psychotropních látek. Vyskytuje se typicky po psychostimulanciích (nejčastěji jde o paranoidní syndrom) a halucinogenech. Obraz toxické psychózy je velmi podobný schizofrenii, odlišení je možné obvykle jen na základě anamnestických údajů a průběhu. Při závažnějším průběhu toxické psychózy může být jedinec nebezpečný sobě i ostatním. V tomto případě bývá nezbytné jeho odeslání (převoz) na specializované psychiatrické pracoviště. Toxická psychóza odeznívá většinou spontánně, bez potřeby medikace, je však potřebná psychoterapeutická nebo poradenská podpora. (Kalina, 2001)

Paranoidní syndrom

Paranoidní syndrom je jeden ze znaků dopadů užívání pervitinu. Postižený si interpretuje realitu způsobem, který vede k pocitu ohrožení, křivdy a vztahovačnosti, s pocity pronásledování. Syndrom častý při abúzu stimulačních látek, zvláště u kokainu, amfetaminu a pervitinu. Porucha je významná zvláště tehdy, má-li psychotickou hloubku. Pocity ohrožení můžou vést k agresivnímu chování a útokům vůči okolí. U uživatelů drog se často setkáme s užitím slangového výrazu „stíhá“. (Kalina, 2001)

2. Závislost

Závislost je jinými slovy duševní a tělesné souznění s návykovou látkou. Je to lidově řečeno stav, kdy člověk nemůže běžně fungovat bez užití drogy. Stav, ve kterém rozhoduje návyková látka, která určuje tempo, úroveň i způsob života.

Presl (1994, str. 11) uvádí, že *„drogová závislost je jednoznačně onemocněním. Závislost lze v podstatě vypěstovat za určitých podmínek u každého“*

„Syndrom závislosti je skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více.“ (Nešpor, 2011, str. 10)

Genari se domnívá, že *„Závislost je, pokud si člověk zvykne na drogu, duševně i tělesně tak, že ji musí brát, aby mohl normálně fungovat, a nemůže přestat, aniž by trpěl nepříjemnými abstinenčními příznaky.“* (Ganeri, 2001, str. 7)

Jinými slovy je závislost stav, v němž se člověk není schopen obejít bez určité látky. Touha po droze je silnější než cokoli a člověk je ochoten podřít droze většinu svých hodnot. Promítá se do stránky fyzické, psychické i sociální. (Matoušek, 2008)

2.1 Složky závislosti

Psychická závislost

„K základním znakům závislosti patří vysoká touha užít drogu, snížená kontrola nad touto touhou a nad užíváním drog a snížená odměňující hodnota biologicky přirozených zdrojů odměny.“ (Kalina, 2008, str. 32) Osoby závislé na návykových látkách se uchylují k určitému způsobu prožívání, které je emocionálně laděné. Stavby jsou doprovázeny dráždivostí, labilitou až depresí. Konzumenti se uchylují k určitému způsobu uvažování a hodnocení situací, přičemž nejsou schopni posoudit realitu. Vysoké riziko vzniku závislosti mají osoby se sníženou mírou sebekontroly a extroverze, dále také osoby trpící depresivními stavy. (Fischer, Škoda, 2009)

Fyzická závislost

Matoušek (2008) se domnívá, že fyzická složka závislosti je návyk těla. Pokud tělo nedostane drogu, reaguje abstinenčním syndromem. Oproti tomu Fischer (Fischer, Škoda, 2009) vidí somatickou závislost především jako rozvoj nepříjemných tělesných stavů spojených s návykovou látkou. Projevy nejsou tak dlouhé jako u psychické závislosti, většinou během několika dní odezní. A Kalina (2008) uvádí, že fyzická závislost se projevuje růstem tolerance k dané látce. Látky zvláště vyvolávající fyzickou závislost jsou opioidy a benzodiazepiny.

Matoušek (2008, str. 125) označuje odvykací stav jako *„soubor příznaků, které se objevují u osoby s návykem na psychoaktivní látku po jejím vysazení nebo po snížení dávek. Příznaky tvořící odvykací stav jsou v řadě případů opakem stavů, jež návyková látka vyvolávala. Jestliže látka vyvolávala euforii, odvykacím příznakem je deprese, pokud návyková látka tlumila psychiku, při odvykání je člověk podrážděný a trpí nespavostí.“*

Odvykací stav je všeobecně doprovázen celkovou skleslostí, absolutní nevykonností, silnou touhou opatřit si drogu a aplikovat látku.

Fischer (Fischer, Škoda, 2009) popisuje tělesný odvykací stav u stimulačních látek jako *„odvykací syndrom, který má celou škálu symptomů. Krátce po vysazení nízkých dávek stimulancií se objevuje nervozita, závratě, nespavost, mírný zmatek, třes, panika.“*

Někteří autoři uvádějí i sociální složku závislosti. Například Matoušek ji přirovnává k touze užít látku v určité společnosti. (Matoušek, 2008)

2.2 Znaky závislosti

Volně dle Nešpora (2011) znaky závislosti ukazují, jakými stavy se projevuje závislost na návykové látce. S přihlédnutím na níže uvedené skutečnosti je patrné, že aby se všeobecně mohlo mluvit o stavu závislosti, musí klient za poslední rok vykazovat nejméně tři opakující se jevy.

- Silná touha užít látku neboli craving – bažení. Může se objevit zvýšené tepové frekvence a aktivita potních žláz.
- Potíže v sebeovládání

- Tělesný odvykací stav a s tím spojené užití látky za účelem zmírnění příznaků vyvolaný předchozím požitím látky, zejména u pravidelných uživatelů. Nahrazení látky za jinou látku s podobnými účinky.
- Zvýšení tolerance k látce, které vede ke zvyšování dávek, aby bylo dosaženo původního účinku drogy. Často přítomné u uživatelů alkoholu a opiátů. Lidé, kteří nemají toleranci k látce, by po užití tak vysoké dávky mohli zemřít.
- Zanedbávání zájmů
- Pokračování v užívání látky přes její škodlivost

2.3 Specifika závislosti na pervitinu

Pro pervitin je typické, že poškozuje nervová zakončení mozku, která způsobují poruchy motorických funkcí a paměti. Může dojít až k narušení osobnosti. Poškození je sice vratné, ale nemusí vždy dojít ke kompletní normalizaci všech funkcí mozku. (Kalina, 2008)

Amfetaminy se projevují tím, že vyvolávají hlavně psychickou závislost, která se projevuje silnou touhou užít látku. Závislost je doprovázena oddaností této látce a pocitem, že bez drogy dál svět nemůže fungovat a že se problémy nedají řešit jinak než pod vlivem této látky. Jedná se o soubor příznaků jak fyzické, tak psychické závislosti, které jsou ve vzájemném propojení. V tomto případě se hovoří o psychosomatické závislosti. (Fischer, Škoda, 2009)

2.4 Faktory ovlivňující rozvoj závislosti

Pro pochopení tématu a hlavně samotného uživatele drog je dobré mít na paměti faktory, které ovlivňují vznik a rozvoj návykového chování. V České republice se od tohoto modelu odvíjí primární prevence drog.

Volně dle Fischer, Škoda (Fischer, Škoda, 2009) jsou příčiny závislosti různorodé. Zatím nebylo potvrzeno nic, co by jednoznačně prokazovalo vznik závislosti. Není znám predisponovaný druh osobnosti, který je náchylnější pro vznik závislosti na návykových látkách. Na osobnost klienta působí biologické, sociální i spirituální faktory, které ovlivňují rozvoj a průběh závislosti. Vrozené a geneticky dané dispozice, sociokulturní vazby nebo rituály spojené s užíváním drogy. Většinou se prolínají všechny tyto aspekty a vzájemně se propojují. Jsou doprovázeny změnou neurobiologie klienta. Návykové užívání návykových látek vede k utváření psychofyziologických stavů, které jsou nevědomé a nedobrovolné.

Přispívají k utváření bludného kruhu kolem sebe, klamání vlastní osoby a vytváření iluze. Všechny možné příčiny vzniku závislosti je třeba mít na paměti při práci s uživateli a hlavně pak závislými osobami na pervitinu a jiných omamných a psychotropních látkách.

Biologické faktory

Za biologické faktory považujeme rizikové chování matky v průběhu těhotenství, kdy se plod dostává do kontaktu s návykovou látkou a návykem ještě před vlastním narozením. Jednání může narušit neurobiologii a psychomotorický vývoj jedince. Nejvíce patrná je vyšší tolerance k návykové látce u dětí narkomanek. (Kalina, 2008)

Psychologické faktory

Kalina uvádí, že pokud žena během těhotenství prochází zátěžovým obdobím a trpí stresem, přenáší se tato informace o stresu i na plod, který to prožívá s matkou. Pokud žena užívá drogy se stimulačním účinkem navozujícím stavy euforie a dobra, kterými řeší své problémy, je tato informace přenášena dále na plod. Nenarozené dítě jako by si vtisklo, že lze navodit příjemné stavy. V pozdějším vývoji jedince je možné, že opět sáhne k návykové látce, která mu je stavem blízká. Významná je také úroveň harmonické péče v postnatálním období, vývoj a uspokojování potřeb dítěte, nutných pro harmonický rozvoj osobnosti a jedince. Podpora v kritickém období dospívání, hledání vlastní identity a hlavně psychická podpora dítěte. Pokud toto není podmiňováno, dítě samo začne řešit úzkostný stav a naordinuje se návykovou látku jako řešení krizového stavu. (Kalina, 2003)

Sociální faktory

Naznačují, v jaké úrovni se klient nachází, kontext, ve kterém se to vše děje. Vztahy s okolím, které formují osobnost a zrání jedince. Okolnosti, jako je rasová příslušnost, úroveň a postavení osoby ve společnosti, úroveň sociální zajištěnosti a okolí, ve kterém žije. Působení na jedince je patrné i v rozdílu prožívání života na venkově či ve městě a následné trávení volného času. V mladším věku je důležitá role rodiny a její správné působení na dítě, později se vše prolíná a rozvíjí. Pubescentní hledání vlastní identity se často spojuje s rysy dané party a společné zážitky a prožitky postačí jako vodítko pro nevhodné chování. (Nešpor, 2003)

Spirituální faktory

„Spiritualita je vztahem k tomu, co mne přesahuje, k čemu se vztahuji jako k nejvyšší autoritě, řádu, ideji. Jde o intimní oblast přímého prožitku toho, co je za každodenním úsilím, co dává smysl tomuto úsilí a co dává smysl životu vůbec.“ (Kalina, 2003,

str. 93) Spirituální faktory jsou často zmiňované s léčbou alkoholismu a můžeme je nalézt i ve skupinách takzvaných Anonymních alkoholiků. Naše mysl je vystavena jistému vědění něčeho, z čehož plyne láska, oddanost a pocit klidu. Vědění může někdo přirovnávat k Vyšší moci, Bohu, nebo jen jistou sílu, která mě přesahuje.⁶

Prvky spirituality zahrnují např. smysluplnost, respektování určitých hodnot, vnitřní růst a transcendenci, tj. zkušenosti s dimenzí přesahující osobní já. Spiritualitu lze do značné míry považovat za ochranného činitele. Duchovní život pacientů je vhodné podporovat. (Nešpor, 2009)

2.5 Droga jako umělý zdroj odměny

Pojetí závislosti a drogy jako umělého zdroje odměny. Pervitin reaguje s mozkiem jako naučený zdroj odměny. Tento projev je patrný v zátěžových situacích člověka.

Kalina (2008, str. 33) si všímá, že *„mozek v důsledku dlouhodobého užívání drog „rozmazlením“ – chce rychlou odměnu, pokud možno hned, nechce vyvíjet komplikované strategie a nemyslí příliš na to, jak bude situace řešena zítra. Takto jednající mozek se postupným časem mění a získává informaci, že jediným univerzálním zdrojem odměny je droga. Dochází k rychlému osvojení nutkavého modelu „ted, hned a rychle“, který dominuje v chování člověka.“* Umělé zdroje odměny se liší od těch přirozených hlavně v několika zásadních bodech. Zejména dosažení odměny je jednodušší a rychlejší, méně náročnější oproti tomu, co musíme v životě vynaložit, abychom dosáhli libosti. Odměna po užití drogy je nepřiměřeně velká z hlediska výdeje dopaminu. Organismus nemá vytvořené zpětné mechanismy k zastavení přijímání umělé odměny. (Kalina, 2008)

⁶ Dokument o spiritualitě v kontextu se závislostí je volně ke stažení na odkazu: www.adiktologie.cz/cz/articles/download/645/

3. Drogy a kriminalita

Další kapitola seznamuje čtenáře s problematikou drog v souvislosti s kriminálním jednáním. Konzumace drog může v určitém smyslu symbolizovat životní styl. Užívání drog a následné chování pod jejich vlivem může být protispolečenské, pokud dochází k porušení právních norem a tím k ohrožení jednotlivců nebo společnosti.

Drogová kriminalita se dělí dle Kaliny (Kalina, 2008) na primární a sekundární. Za primární kriminalitu je považováno takové jednání, které je spojeno s výrobou a distribucí omamných a psychotropních látek a jedů za účelem obohacení, jedná se také o tzv. dealery. Osoba spojená s primární kriminalitou nemusí být vždy uživatelem drog, ale zpravidla se poté k užívání drog uchýlí, neboť testuje vyrobenou látku a je v každodenním kontaktu s rizikovým prostředím. Sekundární kriminalita spojená s užíváním drog zobrazuje příležitostné, rekreační a zejména každodenní uživatele drog a závislé osoby páčající trestnou činnost za účelem obstarávání finančních prostředků na nákup drogy. Jedná se o trestné činy majetkové povahy, zejména krádeže. Trestná činnost se u těchto osob stává určitým životním stylem, neboť krádeže jsou na denním pořádku, zvláště u uživatelů pervitinu. Zde se projevuje silná touha užít látku, jak již výše uvedeno u znaků závislosti dle Nešpora.

Kriminální aktivita a užívání drog se navzájem posilují v tom smyslu, že osoby z deviantního kriminálního prostředí jsou více ohroženy vznikem problémů spojených s drogami a osoby s problémy s drogami jsou naopak vystaveny vyššímu riziku zapojení do trestné činnosti. (Trávníčková, 2012)

Užívání drog a páčání trestné činnosti spolu úzce souvisí. Trestná činnost se spojuje s drogami jako jev, který pokrývá poměrně širokou škálu trestního jednání. Dle Evropského monitorovacího centra pro drogy a závislost se obecně rozeznávají tři druhy drogových trestných činů.

- Psychofarmakologicky podmíněné trestné činy jsou trestné činy spáchané pod vlivem návykové látky nebo v důsledku jejího akutního či chronického užívání.
- Ekonomicky motivované trestné činy jsou činy spáchané za účelem obstarání si finančních prostředků na drogy či drog samotných a za účelem obohacení.

- Systémové trestné činy jsou činy spáchané v rámci fungování trhů s nelegálními drogami, jako je například násilná kriminalita nebo vydírání. Součástí systémových trestných činů je ale i nabídka, distribuce a užívání návykových látek.⁷ (Zeman, 2011)

3.1 Právní úprava

Trestná činnost je protiprávní jednání, porušující právní normy dané země, které jsou uvedeny v zákoně. Trestní zákoník číslo 40/2009 Sb, ve znění pozdějších předpisů určuje, co je obecně považováno za návykovou látku, a dále člení drogové trestné činy dle skutkové podstaty a řadí je mezi trestné činy obecně nebezpečné. „*Návykovou látkou se podle (§ 130) TZ rozumí alkohol, omamné látky, psychotropní látky a ostatní látky způsobící nepříznivě ovlivnit psychiku člověka či jeho ovládací nebo rozpoznávací schopnosti nebo sociální chování.*“ (Šámal, 2009, str. 305)

Trestní zákoník uvádí pět drogových trestných činů: nedovolené výroby a jiného nakládání s omamnými a psychotropními látkami a jedy (§ 283), přechovávání omamné a psychotropní látky a jedu (§ 284), nedovolené pěstování rostlin obsahujících omamnou nebo psychotropní látku (§ 285), výroby a držení předmětu k nedovolené výrobě omamné a psychotropní látky a jedu (§ 286) a šíření toxikomanie (§ 287). (Trávníčková, Zeman, 2010)

3.1.1 Ochranné opatření

Ochrannými opatřeními jsou ochranné léčení, zabezpečovací detence, zabránění věci nebo jiné majetkové hodnoty a ochranná výchova. Ochranné léčení nelze uložit vedle zabezpečovací detence.

Za trestnou činnost spáchanou v souvislosti s užíváním návykových látek, jejíž paragrafové znění je podrobně rozvedeno ve zvláštní druhé části trestního zákoníku, může být pachateli uloženo ochranné léčení jako jedno z mnoha ochranných opatření. Léčení za účelem ochrany společnosti může být navrhnuo i tehdy, pokud byly spáchány trestné činy jinak ohrožující, zejména proti životu, zdraví, svobodě a lidské důstojnosti. Nejčastější trestné činy spojené s drogovou kriminalitou jsou však majetkové povahy. (Šámal, 2011)

Ochranné opatření může být pachateli uloženo buď společně s trestem, nebo i samostatně bez trestu, a to byl-li pachatel uznán vinným ze spáchání trestného činu. Vedle

⁷

Více informací na: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index373CS.html>

trestu obdobné povahy se ukládá jen tehdy, pokud by jeho samotné uložení nebylo dostatečné z hlediska působení na osobu a ochranu společnosti.⁸

Ochranné opatření lze však uložit i v případě, že pachatel nebyl uznán vinným, ale na základě znaleckého posudku byl v době spáchání trestného činu nepříčetný, přičemž jeho pobyt na svobodě je pro společnost nebezpečný. (Švarc, 2009)

Stav nepříčetnosti je definován v trestním řádu č.141/1961 Sb., ve znění pozdějších předpisů (§ 226). Nepříčetný je ten, kdo pro duševní poruchu v době činu nemohl rozpoznat protiprávnost svého jednání nebo nemohl své jednání ovládat. Rozpoznávací schopnost může být snížena pouze v důsledku psychopatologických příznaků, jako jsou bludy, halucinace nebo prokazatelné snížení inteligence, například mentální retardace nebo demence. Ovládací schopnost může být snížena pouze v důsledku poruch volního jednání, v důsledku bludů, halucinací, chorobného puzení či intoxikací. Vymizelé ovládací schopnosti musí být podmíněny chorobným stavem, ve kterém by každý člověk, bez ohledu na své povahové vlastnosti, při identickém souběhu okolností, jednal stejně a dopustil se jednání, které je v rozporu se zákonem. Za stav nepříčetnosti se obecně považuje takový stav, kdy v moment spáchání činu nebyl pachatel odpovědný za svá jednání. Pokud se někdo přivede do stavu nepříčetnosti, byť i z nedbalosti, požitím nebo aplikací návykové látky, bude potrestán pro opilství dle (§ 360) TZ.⁹

3.1.2 Ochranné léčení a jeho právní úprava

Ochranné léčení je jedno z ochranných opatření. Ochranné léčení může být uloženo pouze na základě soudně znaleckého posudku, vypracovaného na žádost orgánů činných v trestním řízení. Jedná se o ochranné opatření, které může být pachateli uloženo buď společně s trestem, nebo i samostatně bez trestu, a to byl-li pachatel uznán vinným spácháním trestného činu. (Švarc, 2011)

Soudní znalec vypracovává v průběhu trestního řízení posudek, ve kterém přikládá doporučení uložit ochranné opatření, pokud k tomu byly shledány okolnosti trestného činu a závislosti pachatele, který je pro společnost nebezpečný. Soudně znalecký posudek je

⁸ Více viz TZ str. 35-36, § 96 a 97

⁹ Více viz. Úplné znění zákonů UZ

vypracováván na pachatele, který byl obviněn ze spáchání trestného činu a přišel do kontaktu s návykovou a psychotropní látkou. (Šámal, 2010-2011)

„OL může soud uložit na základě znaleckého posudku místo trestu, a to v případě, kdy lze nápravu pachatele a ochranu společnosti zajistit tímto opatřením lépe než jiným způsobem. OL se ukládá také v kombinaci s trestem odnětí svobody. OL může být uloženo jako léčení ambulantní (docházkové) nebo ústavní.“ (Matoušek, 2008 str. 126) Ochranné léčení soud ukládá ve formě ambulantní nebo ústavní na základě závažnosti stupně závislosti posuzované osoby. Ambulantní léčení se vykonává ve zdravotnickém zařízení, kam klient dochází na kontroly v termínech stanovených lékařem, ke kterému bylo ochranné léčení nařízeno. Ambulantní ochranné léčení se vykonává zpravidla po nástupu výkonu trestu odnětí svobody ve věznici. Jestliže výkon ambulantního ochranného léčení ve věznici nelze uskutečnit, vykoná se až po výkonu trestu odnětí svobody. Nepostačí-li délka výkonu trestu odnětí svobody ve věznici ke splnění účelu ochranného léčení, soud může rozhodnout o jeho pokračování v zdravotnickém zařízení poskytující ústavní nebo ambulantní péči. (Šámal, 2010-2011)

Ústavní léčba spočívá v hospitalizaci pachatele ve zdravotnickém zařízení, zpravidla ve spádové psychiatrické léčebně. Změnou a ukončením ochranného léčení se zabývá Trestní řád č. 141/1961 Sb., ve znění pozdějších předpisů (§351a). Ochranné léčení potrvá, dokud to vyžaduje jeho účel, nejdéle však dvě léta. Po této době soud přezkoumává na návrh zdravotnického zařízení, státního zástupce nebo osoby, na níž se vykonává ochranné léčení, zda se změnilы podmínky léčení a zda bude odsouzený z léčení propuštěn, nebo bude léčba prodloužena. Ukončena může být, jakmile se během výkonu léčby zjistí, že jejího účelu nelze dosáhnout. Rozhodne-li soud o upuštění od ochranného léčení, může uložit dohled nad chováním odsouzeného až na dobu pěti let. (Šámal, 2010-2011)

Ústavní léčení může soud také změnit dodatečně na léčení ambulantní a naopak. Ústavní ochranné léčení může soud změnit za podmínek (§ 100/2) na zabezpečovací detenci. Zabezpečovací detence se ukládá, zejména pokud je pachatel nebezpečný společnosti, zejména pokud utekl ze zdravotnického zařízení, užil násilí vůči zaměstnancům zařízení nebo opakovaně odmítl ošetrovací nebo léčebné výkony nebo jakkoliv projevuje negativní postoj k ochrannému léčení. Jakmile bude dosaženo léčebného účinku, podá zdravotnické zařízení návrh na propuštění z léčení nejdéle však po dobu trvání dvou let. Po této lhůtě se vždy musí konat nové přezkoumání a prodloužení nebo ukončení léčby dle paragrafu 353 TR. Zařízení dokládá soudu informace o klientovi, o průběhu a výsledcích ochranného léčení.

4. Psychoterapie v léčbě závislostí

Psychoterapie je jednou z hlavních metod, které se využívají u klientů, kteří mají problémy s návykovými látkami a závislostí. Je uplatněna ve všech úrovních systémové péče. Dle oblasti se liší tématem a cílem práce s klienty. „*Psychoterapie je napomáhání zdraví psychologickými prostředky.*“ (Kalina, 2008, str. 159) Psychoterapie závislostí je pojem pro „*odborné použití mezilidských situací se záměrem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce nebo osobní charakteristiky.*“ (Kalina, 2008, str. 159)

Může být všeobecně dělena na dva okruhy, které se navzájem doplňují a prolínají v obou proudech.

1. Psychoterapie závislostí zaměřená na podporu a růst osobnosti. Za psychoterapii zaměřující se na podporu a růst osobnosti, změnu vztahů a postojů se považuje psychoanalýza a humanistické teorie.

2. Psychoterapie závislostí zaměřená na formování symptomů chování a postojů. Patří sem behaviorální a kognitivně behaviorální terapie. (Kalina, 2008)

Psychoterapie by měla čerpat ze všech psychologických směrů, zjišťovat nové poznatky a doplňovat terapeutickou část programu se závislými klienty. (Kalina, 2008)

4.1 Terapeutické přístupy

Kliničtí psychologové využívají v terapiích řadu technik a přístupů, které se navzájem propojují a doplňují. Existuje mnoho terapií a každá vychází z jiných předpokladů a je založena na jiných přístupech. Další kapitola se bude zabývat těmi nejdůležitějšími a nejvíce rozšířenými teoriemi přístupu orientovaného na změnu symptomů chování, především kognitivní přístup kombinovaný s behaviorálním modelem, které v posledním desetiletí dominují léčbě závislostí. (Kalina, 2008)

Behaviorální teorie

Teorie, která vychází z konceptu teorie učení. Pod pojmem behaviorální terapie se skrývá mnoho psychoterapeutických postupů zaměřených na změnu symptomů chování s klasickým i operativním podmiňováním. Přístupy, které vycházejí z předpokladu, že naše chování je naučené v procesu interakce s prostředím. V psychoterapeutickém procesu se závislými jde pak o odhalování těchto naučených vzorců chování. Hledání mechanismů, pomocí kterých jsou udržovány pozitivní vzorce chování, a hledání možností na změnu symptomů chování. (Kalina, 2003)

Kalina sděluje, že typickým příkladem negativního podmiňování u závislých je podávání farmak podporujících nepříznivé přijetí alkoholu nebo jiných návykových látek. Pozitivní podmiňování se využívá v nácviku dovedností, jako je asertivní chování nebo sebekontrola. (Kalina, 2008)

Cílem procesu je zmírnění intenzity a frekvence takového chování, které působí problémy klientovi a jeho okolí, a vytvoření nových dovedností klienta. (Kalina, 2003)

Kognitivní teorie závislostí

Kognice je založena na vnímání soustavy myšlenkových procesů jako určitých filtrů, které vstřebávají informace. Terapie se zaměřuje na změnu symptomového chování prostřednictvím poznávacích funkcí, řeší základní otázky sebeřízení a ovládání sebe sama. V léčbě závislostí se projevuje v podobě motivačních pohovorů a prevenci zvládání relapsu. (Kalina, 2008) ¹⁰

Hayesová tvrdí, že „*Kognitivní přístup je založen především na způsobu uvažování jedinců o problémech.*“ (Hayesová, 2003 str. 70)

Terapie může být pojata i jako směs podpůrných a účinných intervencí v léčbě drogových závislostí, je vhodná především v počátečních a středních fázích léčby. Primárním cílem je dosáhnout abstinence klienta. (Rotgers, 1999)

Kognitivně behaviorální teorie

Kognitivně behaviorální přístupy dle Rounsaville a Kellera (*Rounsaville, Keller, 1991* in Rotgers, 1999), vycházejí z předpokladu, že klient by měl v léčbě závislostí projít

¹⁰

Více informací k nalezení na : http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/r/relaps

určitými fázemi. První z nich je identifikace s rizikovým prostředím, které bývá klasickým spouštěčem touhy po návykové látce. Klient by se měl učit zvládat tyto obtížné situace a v průběhu léčení by měl vypracovat strategie, které si osvojí pro případ nastání rizikové situace. Někdy se tato strategie nazývá vypracování krizového plánu. Závislý člověk zápasí s mnoha nepříjemnými stavy, především silnou touhou užít látku, špatným rozhodováním v kritické situaci a dále se zhoršují poznávací procesy, které se prolínají s intrapsychickými konflikty. Kognitivně behaviorální techniky přispívají především k prevenci relapsu u léčby užívání návykových látek. (Rotgers, 1999) Kalina se rovněž zmiňuje, že kognitivně behaviorální model předpokládá, že hlavním problémem je osvojení obranných reakcí zvládnutí relapsu. Hlavním cílem je identifikace klienta s problémem a posilování sebevědomí. (Kalina, 2003)

4.2 Obecné složky psychoterapie návykových poruch

Důležitou složkou je uvažování o účinných faktorech, které jsou společné pro většinu psychoterapií, kam patří: pozitivní očekávání, věnování pozornosti, terapeutický vztah, zvyšování vědomí, emoční uvolnění, konfrontace, volba alternativ a formování chování. (Kalina, 2008) Nedílnou součástí tohoto procesu by mělo být upevnění víry ve vlastní schopnosti. Mezi další aspekty podporující myšlení spojené s užíváním drog se využívá prisuzování příčin toho, co se děje a jak to můžeme ovlivnit svým vědomím a nevědomím a dlouhodobé přesvědčení klienta ke změně způsobu života. (Hayesová, 2003)

Pozitivní očekávání

Patří k základním předpokladům psychoterapie léčby závislostí. Očekávání klientů bývá různorodé, zvláště pak na začátku léčby. Klient žádá řešení jeho tíživé situace, do které ho dostaly následky užívání drog. Mívá jednostranné vidění. Klienti se často vracejí do situace, která je již dávno minulá a nelze ji vyřešit. Jinými slovy by se dalo říci, že hledá, co již našel. Cíl je dodat odhodlání klientovi a zapojit ho aktivně do léčebných procesů. (Kalina, 2008)

Věnování pozornosti

„V terapeutickém procesu se závislým klientem je zapotřebí dodat naději. Klienti jsou zvyklí na jistý projev pozornosti, které vzbuzovalo jejich neadekvátní jednání ovlivněné návykovou látkou.“ (Kalina, 2008 str. 161)

Terapeutický vztah

Terapeutický vztah je založen na důvěře mezi klientem a terapeutem. Proces je založen na rozhovoru, kde důležitou roli hraje verbální a neverbální komunikace. Základní složkou rozhovoru je aktivní naslouchání a nedirektivní přístup terapeuta. Ostrá konfrontace nepatří do procesu navazování vztahu a mohla by narušit jeho průběh, nebo zničit. Terapeut musí být schopen předat klientovi všestranné informace a poskytnout mu základní poradenství ohledně řešení daného problému. (Kalina, 2003) Vývoj vztahu vychází od terapeuta ke klientovi. Terapeut by měl dokázat klientovi, že ho nehodnotí, ale pouze akceptuje, tedy pozitivně přijímá. Za splnění podmínek se dá předpokládat důvěra klienta vůči terapeutovi. (Rotgers, 1999)

Zvyšování vědomí a posilování motivace

Zvyšování vědomí představuje jeden ze základních procesů změny. K dosažení zvýšení vědomí klienta se používají metody sebepoznávací techniky, umožňující poznání dosud neodkrytých skutečností a souvislostí. Mnohdy nepodstatné informace umožňují hlubší pochopení klienta. Důraz je kladen na překonání nevědomých psychologických reakcí organismu na drogu. (Kalina, 2008) Dobré vnímání sebe a svého okolí představuje prospěšnou složku v léčbě závislostí na návykových látkách a přispívá k posílení motivace abstinence. Jinými slovy Nešpor, (Nešpor, 2011) poukazuje na to, že kladný vztah k sobě samému může klientovi umožnit rozpoznat blížící se nebezpečí drogy.

Dalším procesem změny jsou tréninky motivace, které se uplatňují především v předléčebném poradenství. Terapeut se vyhýbá přímé konfrontaci s klientem. Opírá se o předpoklad, že klient péči vyhledává v okamžiku, kdy již je motivován. Motivační tréninky probíhají ve formě sezení, kdy terapeut projevuje respekt klientovi, klade otázky týkající se návykových látek a rizikových faktorů. Terapeut se snaží poskytnout pozitivní zpětnou vazbu a klient je kladně hodnocen za dosažené úspěchy. Velkým motivačním vodítkem může být rodina a okolí klienta. (Kalina, 2003) Motivační trénink usiluje o změnu, která povede nejen k bezpečnějšímu, ale také spokojenějšímu a úspěšnějšímu životnímu stylu, než jaký klient doposud vedl. Tento cíl otevírá dostatečný prostor pro takovou změnu, která nemusí vést k radikálnímu kroku, jakou je například naprostá abstinence klienta. Jde o to zlepšit jeho stávající stav ať již snížením užívání drog, zlepšením sociálních kontaktů či zázemí. Motivační trénink se orientuje na řešení problému, a proto se také úspěšně uplatňuje v předléčebném poradenství, které však bývá časově omezeno. (www.adiktologie.cz, 2006)

Emoční uvolnění

V terapii chápeme člověka závislého na droze jako člověka zamrzlého emocemi. Tím se rozumí, že člověk, který má problémy ovládat své emoce, je raději bude řešit v nitru skrze drogu. Osoba závislá na návykových látkách má problémy kontrolovat, řešit a vyhodnocovat své vlastní emoce. Závislý člověk trpí úzkostmi a depresemi, s nimiž nemůže bojovat a před nimi nikam uprchnout a jako jediný lék nachází drogu. Umisťuje své pocity mimo stavy vědomí, uzavírá je do skryše nevědění, čímž nevědomě vytváří svou izolaci od okolí. (Kalina, 2008)

Konfrontace

Otevřená konfrontace s vlastními problémy klienta přispívá k emočnímu růstu klienta, uvědomování si problému a svých přesahů v oblasti závislosti na drogách. Uznání problému s návykovou látkou je důležité pro uvědomění si hranic mezi realitou a fikcí. Přispívá k volbě alternativ před drogou a k formování chování. (Kalina, 2008)

5. Léčba závislostí

V oblasti drogové problematiky se užívá pojem léčba v širším pojetí, jako strukturovaná odborná práce se závislým klientem. Jedná se o léčebný program, který má za cíl abstinenci klienta. Kalina uvádí, že jde o období minimálně tři měsíců bez užití návykových látek. (Kalina, 2003)

Podle Presla (1994, s. 82) je základem léčby „*pacientovo přesvědčení o tom, že drogy mu přinášejí více zlého než dobrého, že vznikl problém, se kterým je třeba něco dělat. Mluvíme o motivaci ke změně životního stereotypu. Bez tohoto vnitřního přesvědčení je léčba již od počátku neúspěšná.*“ Výše uvedená slova jasně říkají, že pokud se chce člověk léčit ze závislostního chování, měl by být pevně přesvědčen o tom, že chce přestat užívat drogu a začít úspěšně abstinovat. Jedinec by se měl sám a dobrovolně rozhodnout, zda nastoupí do léčebného procesu. Jedním z prvních průkopníků myšlenky byl právě Presl, který ji hlavně počátkem 90. let uplatňoval. Dnes se již většina odborníků přiklání k názoru, že je důležité dostat jedince do léčby i proti jeho vůli, protože klientovi může pomoci i změna dosavadního sociálního prostředí a přerušení jeho denních stereotypů. Přestože léčba nebude dobře zvládnuta a ukončena, je dobré, že klient relaxuje a podílí se na určitém typu léčby a dodržuje daný režim. Klient by si měl odnést jakousi strategii boje se závislostí, kterou může v budoucnu obnovit a posílit. Následný plán může pomoci klientovi v abstinenci. (Nešpor, 2011)

5.1 Typy léčby

Léčebné programy závislostí se všeobecně odlišují v typu poskytování péče, a to v ambulantním a pobytovém. Dle délky léčby se dělí na krátkodobou, střednědobou a dlouhodobou. Dalším kritériem rozlišujícím léčbu je cíl, k němuž směřuje, podle kterého se dělí na: program vedoucí k abstinenci, léčbu farmakoterapií, metadonovou substituci a terapeutické komunity. Vedení programu určuje, zda je skupina svépomocná, nebo zda je nutné přímé vedení odborníky. V poslední řadě se liší v metodách léčebné intervence. Na tento základní model léčby by měla navazovat následná péče a doléčovací programy, umožňující zpětné začlenění do společnosti a normální fungování v běžném životě.

Kalina rozděluje léčbu dospělých klientů na čtyři úrovně, které jsou rozlišeny dle stupně závislosti a nutnosti vedení klienta na: ambulantní léčbu, intenzivní ambulantní léčbu, intenzivní ústavní léčení pod dohledem lékaře a intenzivní ústavní léčbu řízenou lékařem. (Kalina, 2003)

Tento model rozdělení byl vybrán vzhledem ke shodnosti výkladu v zákoně a jeho užití pro následující texty.¹¹

5.2 Ambulantní ochranné léčení

Ambulantní léčbou se rozumí léčba, která probíhá bez vyčlenění klienta z původního prostředí. Může navazovat na ochrannou léčbu ústavního typu nebo jí lze uložit i samostatně bez předchozího ústavního léčení. Klient dochází do zařízení, které poskytuje léčbu, přičemž délka a frekvence docházení se může v různých typech zařízení lišit. Tento typ léčby je vhodný pro klienty, kteří mají sociální a rodinné zázemí a oporu. Jsou motivovaní a schopní větší sebekontroly. (Kalina, 2008) „*Ambulantní léčba může spočívat ve farmakoterapii, rehabilitaci, individuálních rozhovorech, skupinové terapii nebo režimové léčbě, která má více složek a trvá několik hodin*“. (Matoušek, 2008, str. 24)

Ambulantní léčbu poskytují státní zařízení, ordinace pro alkoholismus a jiné toxikomanie, které se nazývají AT ordinace a poradny. Velká písmena v názvu znamenají alkoholismus a toxikomani. Poradny a ordinace jsou zaměřeny především na alkoholové závislosti, ale i závislosti způsobené jinými toxickými drogami „*AT ordinace – v ČR zdravotnické zařízení poskytující poradenství a léčebnou péči osobám experimentujícím s návykovými látkami, problémovým uživatelům a lidem závislým na návykových látkách*“ (Matoušek, 2008, str. 28)

Charakteristickým znakem je individuální přístup v podobě schůzek konaných zpravidla 1-5x týdně. Klient dochází na pravidelné kontroly do zařízení, kde je podroben kontrole na aktivní složky návykových látek v moči. V ambulantní péči se ocitá klient, který je ve stabilizovaném psychickém stavu, je ochoten spolupracovat, pouze potřebuje motivovat, podporovat v abstinenci a je zapotřebí jistá kontrola. Klient by měl mít kladný vztah k léčbě a podporu svého okolí. Léčba je vhodná pro klienty s nižším stupněm závislosti, s minimem somatických i psychických problémů, podporujícím sociálním okolím a velkou mírou motivace. Ambulantní léčbu podstupují klienti, kteří jsou motivováni k léčbě závislosti, ale i osoby vykonávající ambulantní léčbu nařízenou soudem. (Kalina, 2008)

Farmakoterapie se v ambulantní léčbě uskutečňuje pouze ze začátku procesu, jako prostředek ke zvládnutí odvykacího stavu. (Kalina, 2003) Žádoucí doba ambulantního léčení je 6 - 12 měsíců, minimálně však tři měsíce. Obecně se pokládá za méně účinnou než

¹¹ Srovnání. viz.: ÚZ., TZ str. 35, § 98

pobytová léčba. (Kalina, 2008) Tým odborníků odpovídá „charakteru zdravotnického zařízení. To znamená, že je složen z lékařů, středních zdravotních pracovníků a sociálních pracovníků. Některá zařízení mají v týmu terapeuta.“ (Kalina, 2008 str. 378)

Cíle léčby

Cíle léčby směřují k začlenění klienta do společnosti a jeho volnému fungování za minimální podpory instituce. Jedná se o celkovou změnu životního stylu a stability člověka jak po jeho emoční, psychické, tak i fyzické stránce. (Kalina, 2008)

5.2.1 Formy a metody ambulantní léčby

Klíčová role programu je tvořena individuální a skupinovou terapií. Nutná je zde soustavná práce s rodinou. Učení, jak vhodně vyplnit volný čas, a dále se zde uplatňují rehabilitačně-výchovné přístupy, dle zařízení. (Kalina, 2003) Terapeutická část se vyznačuje tím, že je kladen důraz na minimalizaci zdravotních následků a prevenci relapsu. Absence drogy v těle se pravidelně kontroluje pomocí testů aktivních látek v moči. Klíčovou roli v ambulantní péči sehraje práce s rodinou klienta v podobě rodinné intervence. Terapie může být formou sezení s rodinnými příslušníky. (Kalina, 2008)

Individuální terapie závislostí

Terapie zaměřená na individualitu každé osobnosti je zastoupena především v prvním kontaktu s klientem, dále pak při navázání terapeutického vztahu a zjištění potřebných informací pomocí anamnézy směřované ke klientovi. Individuální terapie se závislými je zaměřena na minimalizaci zdravotních následků a prevenci relapsu. Jejím hlavním prostředkem je rozhovor. Celá terapie se odehrává v rámci sezení s terapeutem. (Kalina, 2003)

Skupinová terapie

Skupinová terapie, která probíhá jako společné sezení s terapeutem. Ve skupinových terapiích v pobytových zařízeních se využívá metoda konfrontace. Ta zde slouží ke zpochybnění klientova náhledu na situaci. Zachovává se pravidlo, že skupina by se neměla identifikovat s drogou a řešit její výlučnost. (Kalina, 2008)

Práce s rodinou jako rodinná terapie

„Rodinná terapie vnímá rodinu jako systém, v němž jsou všichni propojeni a vzájemně se podporují. Terapie směřuje k tomu, aby členy rodiny dovedla k pochopení jejich pozitivního či negativního vlivu na ostatní, aby se naučili citlivě reagovat jeden na druhého, nikoli aby komunikaci s ostatními vnímali jako zdroj hněvu a sváru.“ (Hayesová, 2003, str. 73) Jedním z prvních úkolů terapeuta je navázání kontaktu s blízkou osobou klienta, popř. dalšími členy rodiny. Je studiem prokázáno, že záleží na tom, jak partneři vnímají klientovu závislost před nastoupením do léčby a po léčbě, přičemž změny můžeme pozorovat již během léčebného působení. Funkčnost rodiny se projevuje v jednotlivých fázích života, a to například v řešení problémů, konfliktů nebo sdílení emocí v rodině. To vše se odráží na postoji klienta k sobě samému, svému okolí a závislosti. (Rotgers, 1999) Další úkoly, které má terapeut na starosti, jsou například mapování potřeb rodiny. Dále se snaží o zlepšení komunikace v rodině a projevení emocí mezi jednotlivými členy. Při rodinných terapiích se využívá již zmíněný behaviorální přístup podmiňování nevědomých procesů, systémový přístup, který se soustřeďuje na identifikaci a řešení problémových rodinných otázek. (Kalina, 2008) V rodinných terapiích se dále využívá techniky tzv. modelu nemocné rodiny, který se opírá o myšlenku, že závislost klienta kotví v rodině. Znamená to, že pokud je člen domácnosti závislý na nějaké látce, tato nemoc se přenáší na všechny členy rodiny bez ohledu na jejich faktickou závislost. Problémy, které s sebou nese užívání návykových látek, se propojují s rodinou a blízkým okolím, jelikož si nemůžou nepovšimnout problémů, kterými klient trpí. Můžeme říct, že blízké okolí klienta je „spoluzávislé“ na droze. (Nešpor, 2011)

Primární cíle metody nemocné rodiny jsou pomoci všem členům rodiny s uvědoměním, že jsou nemocní, a pomoci rodině se do jisté míry oddělit od závislé osoby. (Rotgers, 1999)

5.3 Střednědobá ústavní léčba

Pojmem střednědobá ústavní léčba se rozumí léčba formou pobytu čili rezidenční léčba, která se vykonává ve zdravotnickém zařízení, na specializovaných odděleních v psychiatrických léčebnách. (Kalina, 2003) Střednědobá ústavní léčba využívá prvky terapeutických komunit. Důraz je kladen na pevný řád dne, pravidla, skupinová a individuální terapeutická setkání, pracovní a výkonové činnosti. (Kalina, 2008) Obvyklá délka střednědobé ústavní léčby se doporučuje tři a šest měsíců, avšak může se dle autora mírně

lišit. Z indikačních hledisek je řízená léčba lékařem určena pro komplikovanější případy závislosti, často doprovázené duševní poruchou. Léčbu podstupuje klient, který má velký potenciál pro akutní intoxikaci, příznaky nezvládnutí drogy na vysoké úrovni, kde je nutná 24hodinová odborná péče pod dohledem lékaře. Výchovné působení a rehabilitace je součástí léčebného programu, ale zároveň jsou zde přítomny i pracovní aktivity. (Rotgers, 1999)

Tým pracovníků je tvořen převážně zdravotnickým personálem, jako jsou lékaři, zdravotní sestry, kliničtí psychologové, dále také odborní terapeuti a sociální pracovníci. (Kalina, 2008)

Zvláštnosti střednědobé léčby nečíslovat

Střednědobá léčba se vyznačuje některými zvláštnostmi, jako jsou častější příjmy nových klientů, odchody z léčebného procesu, menší vstupní kritéria pro přijetí. Léčebný program má charakter zdravotnického zařízení, kde jsou zachovány pouze některé znaky terapeutické komunity.

Cílová populace

Léčba střední délky trvání je vhodná pro klienty, kteří nejsou schopni abstinovat v původním prostředí, kde žijí, a je pro ně nezbytné, aby na nějakou dobu prostředí opustili, stabilizovali se a byli schopni zvládat běžný život bez drog. Kalina uvádí, že léčba je určena pro takové klienty, kteří nejsou schopni akceptovat jakýkoliv jiný léčebný program a hrozí jim velké riziko relapsu. Léčba probíhá v lékařském zařízení a je přínosná pro klienty, kteří mají závažné somatické nebo psychické potíže spojené nebo vyvolané užíváním návykových látek. (Kalina, 2008)

Cíle léčby

Prvotním cílem střednědobé ústavní léčby je změna životního postoje a stylu klienta vzhledem k návykovým látkám, jehož základem je abstinence. Ta vede k vytvoření vyšší kvality života za pomoci dodržování určitých pravidel léčebného procesu. Následným krokem pro úspěšné zvládnutí situace je stabilizace sekundárních problémů spojená s užíváním návykových látek. Vybudování náhledu klienta na jeho situaci a závislost. Uznání závislosti jako problému a její dlouhodobé řešení. Důraz je zde kladen na motivaci klienta směřující ke změně chování a řešení důsledků drogové kariéry. (Kalina, 2003)

5.3.1 Znaky nedobrovolné léčby

Základem léčby je izolování klienta od dosavadního škodlivého drogového prostředí, překonání odvykacího syndromu s pomocí farmakoterapie. (Kalina, 2003) K tomu, aby mohl být člověk zařazen do léčebného procesu, musí se podrobit detoxifikaci. Detoxifikace bývá podmínkou pro další soustavné léčení. Po tomto základním modelu léčby následuje zařazení klienta do léčebného procesu a konkrétní práce v oblasti dané závislosti. (Matoušek, 2008) Detoxifikace je přímo léčebná metoda, jejímž smyslem je zastavit užívání drogy u klienta a při níž jsou minimalizovány symptomy odvykacího syndromu a riziko poškození. Provádí se ve speciálním lékařském zařízení. (Orlíková, 2009)

Detoxikace je „*Postup, jehož cílem je zbavit tělo návykové látky, a to bez použití léků. Je nutná, má-li být pacient závislý na návykových látkách léčen po úrazu, při vážném onemocnění psychickém či somatickém, má-li zahájit výkon trestu odnětí svobody nebo odvykací léčbu*“. (Matoušek, 2008, str. 44) Detoxikace má klienta připravit na další léčbu. V rámci detoxifikačního oddělení jsou řešeny akutní krize klienta a jeho sociální situace. Neuskutečňují se zde terapie, uplatňují se pouze intervence klienta k dané problematice. (Kalina, 2008)

Dalším znakem, kterým se ochranná léčba liší od té klasické dobrovolné, je silná motivace klientů v nedobrovolné léčbě narušit léčebný proces. Tlaky přicházející z vnějšího prostředí klienta mohou významně ovlivnit nástup a udržení v léčbě. Účinnost nedobrovolné léčby se dá zvyšovat pomocí několika základních bodů. V první řadě je to práce s motivací klienta. Jednoduše řečeno z nedobrovolného léčení se snažíme změnit názor klienta do podoby dobrovolné léčby. Překonání vězeňských stereotypů v podobě naučeného vzorce chování a dobré adaptovatelnosti na režim léčebného zařízení a na aktuální sociální prostředí. Lidé, kteří prošli výkonem trestu odnětí svobody, mají horší schopnosti v oblasti komunikace a začlenění se na terapiích. Důležitou roli hraje volba léčebného programu v jeho přiměřené délce, hlavně tam, kde léčbě předcházelo uvěznění osoby. Obecně platí, že čím delší je celková doba strávená ve vězení nebo vazbě, tím menší jsou vyhlídky na trvalou abstinenci. (Kalina, 2003)

5.3.2 Struktura a metody ochranného léčení

Odborná lékařská péče se vymezuje strukturovaností programu se závislými. Standardy péče požadují minimálně 20 hodin strukturovaných aktivit v týdnu rozdělených do pěti dnů. Program ochranného léčení je organizován obdobně jako terapeutická komunita, která obsahuje skupinovou terapii, programy prevence relapsu a rehabilitační terapii s důrazem na pracovní činnosti, sportovní a zátěžové aktivity. (Kalina, 2008) Se strukturou

léčby úzce souvisí její program, který je tvořen určitými pravidly. Pravidla jsou nutná k udržení optimálního terapeutického prostředí za pomoci odměn a sankcí, které jsou stanoveny léčebným řádem. Jednotlivá zařízení kladou velký důraz na režimy, zejména z pohledu udržení klidného terapeutického prostředí. Dále jsou zde uplatněny výchovné významy, které všeobecně vychází z principů behaviorální teorie. (Nešpor, 2011) Ve většině zařízení se hodnotí zvládnutí struktury léčebného procesu na jednotlivých odděleních pomocí bodovacího systému. Tvoří ho soubor pravidel pro hodnocení zvládnutí léčby pomocí kladných a záporných bodů, jejichž důsledkem jsou různé výhody či nevýhody pro pacienta nebo skupinu. Bodovací systém dále zajišťuje hodnocení průběhu léčby. Léčebný proces probíhá většinou v počtu 20 - 30 lidí. (Kalina, 2003)

Pracovní terapie

Podílejí se na chodu celého zařízení a pro závislé osoby zde mají větší rozsah a význam než u jiných psychických poruch. Umožnění začlenění do pracovních návyků zařízení utváří u klienta kladný vztah k práci a společně se tím zařazuje do společenství závislých klientů, kteří jsou léčeni v rámci oddělení. Pracovní terapie slouží jako základní model rehabilitace klienta.

Programy prevence relapsu

Relaps je odborný termín, který se užívá pro zpětné navrácení k užívání alkoholu nebo drog. Bývá doprovázen znaky závislosti.¹²

Techniky zvládnutí relapsu vycházejí z bio – psycho – sociálního modelu chápání závislosti jako onemocnění. Klíčovou roli hraje kontrola, přesněji řečeno sebekontrola klienta, selhávající v klíčovém momentech závislosti na drogách. Programy zvládnutí relapsu jsou tvořeny dovednostmi, které se učí klient zvládat. Jedná se o vlastní identifikaci klienta s rizikovou situací a zvyšování pocitu sebekontroly. Všeobecně jsou programy relapsu zaměřené na objevení pozitiv klientova chování a odbourání těch nezdravých vzorců. (Kalina, 2003)

¹²

Více informací k nalezení na: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/t/relaps

Praktická část

Praktická část bakalářské práce má za úkol odhalit složky ochranného léčení a porovnat je s teoretickými poznatky. Zaměřuje se na ochranné léčení protitoxikomanické, a to pobytového typu v Psychiatrické léčebně v Bohnicích. Zde bylo umožněno pozorování chodu na oddělení ochranného léčení a provedení rozhovorů s klienty. Dotazovaní klienti byli diagnostikováni jako osoby závislé na pervitinu. Veškeré informace uvedené v praktické části z oblasti ochranného léčení jsou čerpány z vnitřních předpisů a neveřejných dokumentů léčebny v Bohnicích.

Cíle a výzkumné otázky

Cílem bakalářské práce je podat základní informace o pervitinu na základě dostupné odborné literatury. Práce se zabývá užíváním a závislostí na pervitinu a poodhaluje poznatky z oblasti ochranného léčení protitoxikomanického v Psychiatrické léčebně v Bohnicích. Na základě provedeného výzkumu a za využití vlastních úvah se snaží porovnat teoretické poznatky s těmi praktickými. Praktická část bakalářské práce se zabývá následujícími výzkumnými otázkami.

Výzkumná otázka číslo 1

Uvědomují si uživatelé pervitinu svoji závislost?

Výzkumná otázka číslo 2

Působí ochranné léčení protitoxikomanické na změnu myšlení klienta v oblasti užívání pervitinu?

6. Kvalitativní výzkumné šetření

Kvalitativní výzkumné šetření je proces hledání porozumění, založený na různých metodologických teoriích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní obraz a analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.

Na začátku výzkumného šetření byla stanovena a určena témata a okruhy otázek, kterými se výzkumné šetření bude zabývat. Otázky byly v průběhu výzkumu průběžně upravovány a doplňovány. V průběhu průzkumu se také tvořily hypotézy a cíle, a proto je tento průzkum obecně považován za pružný. Při výzkumu byly vyhledávány a analyzovány jakékoliv informace, které by mohly přispět k osvětlení výzkumných otázek. Dále byly vybírány otázky na základě rozhodnutí pozorovatele, místa pozorování a jedinců, kde výzkumné šetření bylo prováděno přímo v daném prostředí. (Hendl, 2005)

6.1 Metodika výzkumného šetření

Typem získávání dat v kvalitativním průzkumu jsou poznámky z pozorování, aktivní účast pozorovatele v činnostech zařízení, neformální rozhovory s pracovníky a klienty zařízení. Formální rozhovor je vedený určitým okruhem otázek, které byly nahrány a zaznamenány v nahrávacím zařízení za účelem získání informací ohledně ochranné léčby. (Hendl, 2005)

Metoda získávání dat byla volena cíleně k danému tématu a specifickému prostředí, ve kterém se léčba odehrává. „Zúčastněné pozorování je formou pozorování, kdy se pozorovatel přímo pohybuje v prostoru, kde se vyskytují jevy, které pozoruje.“ (Miovský, 2006, str. 152) Blíže se specifikuje na otevřené zúčastněné pozorování. „Otevřené zúčastněné pozorování je takové pozorování, při kterém se pohybujeme v terénu, jsme přímými účastníky situací a jevů, které pozorujeme, a současně účastníci výzkumu vědí o tom, že provádíme výzkum a za tímto účelem provádíme svá pozorování, záznamy a že se získanými daty bude nakládáno v souladu s cíli a plánem studie. Účastníci studie udělují výzkumníkovi informovaný souhlas, aby prováděl svá pozorování, současně se účastnil různých běžných situací a mohl se mezi lidmi například pohybovat.“ (Miovský, 2006, str. 154)

Zpráva o kvalitativním výzkumném šetření obsahuje podrobný popis místa zkoumání. Je doplněna rozhovory s klienty, na které se výzkumník dotazoval přímo v daném prostředí, v terénu. Neformální rozhovory s odborníky na pracovišti byly klíčové k uskutečnění přímého

pozorování a rozhovorů. Dále bylo v práci čerpáno výhradně z vnitřních materiálů PLB, které nejsou volně dostupné pro veřejnost. Předmětem výzkumného šetření bylo pozorování s účelem přiblížit zvláštní režim péče, poskytovaný Psychiatrickou léčebnou v Bohnicích, a jeho vliv na klienta v oblasti užívání pervitinu. Pozorování bylo uskutečněno přímo na půdě léčebny v rámci odborné stáže na pavilonu číslo 17, kde byla možnost nahlédnout do každodenního chodu oddělení. Výzkumná metoda byla zaměřena na pozorování léčebného procesu s diagnostikovanými, alkoholicky a toxikologicky závislými klienty. Pozorování bylo detailně zaměřeno k závislosti na pervitinu. Dále se soustřeďuje k výzkumné otázce, zda si klienti uvědomují možné ohrožení návykovou látkou. Výzkumné šetření bylo doplněno poznatky získanými z neveřejné dokumentace zařízení, doplněné neformálními rozhovory s pracovníky v rámci strukturované péče o závislé klienty na pervitinu. Šetření v ochranném léčebném procesu se snaží představit čtenáři složky strukturovaného režimu a objasnit, jak může tato léčba ovlivnit klientovo myšlení a prožívání. Výzkumné šetření podrobně popisuje terapeutickou činnost v rámci zařízení PLB. Představuje terapeutickou práci se skupinami v rámci alkoholických a toxikologických závislostí, dále jen AT skupiny.

Celé pozorování je doplněno polostrukturovanými rozhovory s klienty AT skupin na témata, volená cíleně v rámci již zmiňovaných AT skupin. Volba témat rozhovorů byla upravena k potřebám snadného porozumění otázkám, vzhledem k tomu, že klienti běžně zvolená témata zpracovávají a bývají schopni o nich hovořit. Otázky použité v rozhovoru byly předem neformálně konzultovány s odborníky daného oddělení. Rozhovory s klienty byly prováděny takovým způsobem, aby bylo možné zpracovat a vyhodnotit závěry stanovených výzkumných otázek.

Specifické okruhy a témata otázek v rozhovoru jsou kladeny respondentům. Jejich pořadí se může lišit dle aktuální situace. Výzkumník vytváří určité schéma otázek, na které se bude dotazovat. Některé pasáže jsou přímo ponechány tazateli, včetně samotného znění a pořadí otázek. Obzvláště výhodné je praktikování polostrukturovaného rozhovoru na cílové skupině, která nevykazuje příliš mnoho anomálií a současně s ní není snadná komunikace, například schopnost držet se zadaného tématu. (Miovský, 2006) Celý rozhovor byl se souhlasem dotazovaných osob nahrán jako audiozáznam. Byly brány ohledy na etické aspekty respondentů, specializace zdravotnického zařízení, zvláště pak v oblasti předávání citlivých údajů. Osobní údaje osob byly zkresleny a předány jako klient číslo jedna a dvě. Byla zachována všechna etická pravidla, klient byl seznámen se způsobem publikování dat

spojených s jeho osobou. Klienti měli možnost neodpovídat, říci stop a dál se již k otázce nevyjadřovat. Pravidlem stop se všeobecně předchází citové újmě klienta.

Výzkumný soubor

Problémoví uživatelé návykové látky pervitin, starší 15 let věku, kteří absolvovali léčbu nedobrovolně, na základě rozhodnutí soudu o ústavní protitoxikomanické léčbě. Výběr osob byl cíleně upraven tak, že byli náhodně vybráni dva klienti, kteří jsou součástí léčebného procesu, jeden na začátku léčby a druhý těsně před koncem

Výzkumná situace

Předmětem výzkumného šetření bylo oddělení ochranného léčení v Psychiatrické léčebně v Bohnicích, kde mi byla umožněna odborná stáž. Výzkum se snaží zachytit každodenní režim specializovaného oddělení léčebny. Zde je výhradně z praktického hlediska léčba členěna na toxikologické, alkoholické, sexuologické a psychiatrické poruchy. K potřebám práce je vyzdvížena praxe v rámci AT skupin a to z důvodu, že to je jediná práce, která je zaměřena pouze na AT klienty. Ve všech ostatních terapiích jsou skupiny sloučeny, jako jedno oddělení ochranného léčení. Tato skutečnost komplikuje práci jak odborníkům, tak i samotným klientům a je evidentní, že by měla být dále rozdělena.

Rozhovory byly uskutečňovány v osobním volnu klientů, to znamená mezi jednotlivými programy. Touto skutečností se předcházelo narušení chodu oddělení. Vzhledem k tomu, že klienti měli své volno, dala se předpokládat vstřícnost a ochota spolupracovat. Rozhovor byl cíleně uskutečněn až na konci odborné praxe, aby nedošlo ke zkreslení informací a aby byli klienti seznámeni s osobou průzkumníka a nebyli jeho přítomností rozrušeni. Během šetření byla možnost detailně se seznámit s diagnózami a potřebnou dokumentací ohledně stavu klientů. Výzkum byl také prováděn za pomoci neformálních pohovorů s odborníky ochranného léčení protitoxikomanického, jejichž poznatky jsou uplatněné a sepsané v praktické části. Průzkum se detailně zaměřuje na diagnózu závislosti na pervitinu a snaží se vyzdvihnout její zvláštnosti. Dále se zaměřuje na klientovo uvědomění si rizik spojených s užíváním pervitinu. Výzkumné šetření se snaží zachytit změnu myšlení klientů v souvislosti s výkonem ochranného léčení v PLB.

Prezentace výsledků

Součástí zpracování dat je editorování pojaté jako doplňování poznámek z terénu v záznamovém archu. Je přikládáno proto, že při třídění a seskupování dat je možno si vybavit i další skutečnosti a podrobnosti, které by mohly šetření ovlivňovat. Editorování je upravování široké škály dat, jejich drobné doplňování, rozvedení a vkládání popisu. Hlavním cílem je zachování plynulosti textu. (Miovský, 2006) Jedním z prvních kroků prezentace výsledků je popsání pozorování denního režimu specializovaného pracoviště ochranného léčení protitoxikomanického v Psychiatrické léčebně v Bohnicích. Dále je pozornost soustředěna k závislosti na pervitinu v rámci AT skupin a snaží se nahlédnout do jejich činnosti. Výzkumné šetření je doplněno polostrukturovanými rozhovory s klienty s ohledem na kladené výzkumné otázky.

6.2 Ochranné léčení protitoxikomanické v Psychiatrické léčebně v Bohnicích

Použité poznatky jsou čerpány výhradně z vnitřních dokumentů Psychiatrické léčebny v Bohnicích, které nejsou volně k dispozici. Poznatky jsou doplněny z praktického hlediska po konzultaci s odborníky ochranného léčení léčebny v Bohnicích.

Léčebna v Bohnicích naplňuje funkci primárního zdravotnického zařízení, poskytuje komplexní zdravotní péči. Oddělení ochranného léčení je psychiatrické oddělení, kde jsou umístováni pacienti, muži, kterým byla soudně nařízena protitoxikomanická ochranná léčba. Jsou to pachatelé trestné činnosti, kteří v době spáchání samotného trestného činu jednali pod vlivem omamných a návykových látek. Osoby, u nichž nebylo uzavřeno trestní řízení, jsou před nástupem do vazební věznice či před výslechem umístěni v psychiatrické léčebně pod neustálým odborným dohledem. Nacházejí se zde osoby, které jsou pro policii zájmovými, důležitými a jejich svědectví bývá klíčové. V praktickém ohledu to znamená, že toxikoman je proti své vůli zadržen ve zdravotnickém zařízení a za odborné zdravotní péče je detoxikován. Tato práce je pod dohledem Policie České republiky, jelikož pacient má status zadržené osoby. Dále sem jsou přiváženi pacienti, kteří recidivují na propustce a jsou zajištěni po celostátním pátrání nebo jsou dovezeni eskortou přímo z výkonu trestu odnětí svobody z důvodu abstinenčního syndromu. Ochranné léčení splňuje funkci izolace a odtržení klienta od dosavadního způsobu života. U protitoxikomanického léčení se jedná zejména o abstinenci klienta. Ochranné léčení může být vykonáno jen tehdy, pokud respektuje lidskou důstojnost a současně však nesmí být ohrožena potřeba ochrany společnosti jako veřejného zájmu. Při výkonu ochranného léčení dochází k omezení lidských práv v takové míře, která je nezbytná k dosažení cíle ochranného léčení. Než je klient přijat k ochrannému léčení, musí projít

ústavní detoxifikací. Při přijetí do zdravotnického zařízení musí být pacient seznámen se svými právy a povinnostmi a s vnitřním řádem. Základní práva a povinnosti klienta stanovuje vnitřní řád PLB. Je zde nutnost, aby se pacient podrobil vyšetřovacím a léčebným úkonům, opačně dochází k maření ochranného léčení. Dále je také upravena možnost vystavení propustky a podmínky, za kterých je možné klienta pustit na vycházku a propustku mimo léčebnu.

Cíle ochranného léčení v PLB:

- Léčba duševní poruchy, kterou pacient trpí a v důsledku které spáchal trestný čin.
- Léčení závislosti na návykových látkách, pokud trestný čin byl spáchán pod vlivem návykové látky nebo v souvislosti s jejím užíváním.
- Resocializace a návrat do běžného života.
- Prevence opakování trestného činu, nápravná činnost.
- Izolace jedince, jenž je nebezpečný pro společnost s ohledem na jeho zdravotní stav.
- Vytvoření náhledu na onemocnění, příprava na život po propuštění. Motivace klienta k dalšímu léčení, popřípadě k abstinenci a poskytnutí následné péče.

6.2.1 Terapeutické složky ochranného léčení protitoxikomanického v PLB

Skupinová psychoterapie

Cílem je získání náhledu na poruchu. Trénink sociálních dovedností, sebepoznání a konfrontace hodnotového systému s vlastním životním stylem

Psychoterapie individuální

Hlavním cílem je podpora sebepřijetí klienta, zpracování traumatických zkušeností a řešení individuálních, specifických problémů a vytvoření náhledu na celou situaci.

Pracovní terapie

Cílem je resocializace klientů ve specializovaných dílnách nebo na statku a vytvoření základních pracovních návyků. Může však probíhat na zahradě nebo i v podobě běžných činností, jako jsou úklidy.

Sportovní terapie

Terapie, která má za cíl rozvoj systematické práce, posílení sebevědomí a rozvoj fyzické kondice klienta.

Písemné zpracování témat

Témata klienti zpracovávají každý pracovní den do deníků. Cílem je vytvoření náhledu na situaci, sebepoznání. Deníky jsou vyhodnoceny společně s klientem a psychologem.

6.2.2 Systém léčení

Ochranné léčení režimové znamená, že je založené na systému postupného získávání výhod na základě splněných úkolů, které jsou v systému předepsány. Je založeno na režimovém bodovém systému odměn a trestů, naplňující základní motivační faktor režimu OL. Představuje jistou míru svobody klienta v podobě výhod. Dosažení jisté bodové hranice, která pak umožní klientovi výhody v podobě umožnění telefonátů, návštěv, vycházek či propustek. Na počátku léčení jsou výhody minimální. S každým zvládnutým stupněm léčby se zvyšují výhody. Před klienta je stavěn cíl, kterého je dosaženo pomocí plnění dílčích úkolů. Nejefektivnějším cílem však zůstává fakt, že po splnění všech podmínek ochranného léčení bude propuštěn. Celé léčení je zaměřené na bezproblémový vstup do běžného života. Režim léčení je specifický pro každou skupinu klientů.

6.2.3 Bodový systém

Obsahuje pozitivní i negativní prvky. Klienti jsou odměňováni za výše uvedené aktivity a sankcionováni za prohřešky proti řádu oddělení. Dosažení určitého počtu bodů je jednou z podmínek pro postup do dalšího stupně léčby. Je stanoven minimální limit, nutný pro udržení se v daném stupni léčby, k nahlédnutí v příloze č. 3.

Základní stupně OL, každý stupeň vyžaduje minimálně 1 měsíc pobytu

1. V0 Režim bez možnosti vycházek nebo aktivit mimo pavilon. Zákaz kouření a volné konzumace kávy, regulace telefonátů.

2. V1 Režim oddělení s možností vycházek s ověřenými rodinnými příslušníky. Vykonávání aktivit mimo pavilon a možnost kouření a konzumace kávy.

3. V2 Možnost jednou za měsíc propuštění na víkendové propustky nebo samostatné vycházky po areálu léčebny.

4. V3 Po schválení návrhu na přeměnu nebo ukončení ochranného léčení po dobu čekání na termín soudu. Možnost častých propustek, návštěv, docházení na kulturní a jiné programy.

Na začátku léčebného programu je pacient umístěn na uzavřené příjmové oddělení. Zde se o něj stará výhradně mužský personál. Klient navštěvuje tělocvičnu a je zapojen do každodenního úklidu oddělení. Pacient má za povinnost sepsat svůj životopis včetně drogové kariéry. Začátky bývají často obtížné, protože je zde zákaz návštěv a telefonování. Jsou zde regulovány ostatní přidružené závislosti, jako je nikotinismus, kouření a pití kávy. Na uzavřeném příjmovém oddělení je zakázáno používat skleněné nádoby, zapalovače, sirky a další specifické zákazy. Na všech odděleních je zakázáno se tetovat, provozovat pohlavní styk mezi klienty, donášet a konzumovat alkohol a jiné návykové látky, manipulovat s ostrými předměty, používat mobilní telefony a internet. Jakmile pacient splní požadované náležitosti, je zařazen do terapeutické skupiny mezi ostatní pacienty, kteří se léčí s podobnou závislostí. Většina aktivit na oddělení je povinná, v případě nespolupráce se klientovi automaticky prodlužuje pobyt. Navyšováním jednotlivých bodů léčby jsou klientovi umožněny některé výhody a volnější režim. V programu mohou být zakomponovány terapeutické aktivity mimo oddělení nebo práce na místní farmě se zvířaty, a to v rámci pracovní terapie. Pacientům s pozitivními výsledky léčby jsou umožněny vycházky v areálu léčebny, kde je však povinnost hlásit se personálu každou hodinu, anebo později možnost samostatných propustek mimo vymezený prostor léčebny.¹³

6.2.4 Režim dne

Následné režimy se opakují, jsou pravidelné a doprovázejí pacienta po celý pobyt v léčebně.

Den začíná budíčkem, pravidelně v 6:50 hodin, dále probíhá rozcvička, osobní hygiena, snídání, ranní léky, úklidy atd. Ještě před komunitou nastává vizita, která je typická pro

¹³ Čerpáno z vnitřních, neveřejných materiálů PLB

lékařské zařízení tohoto typu. Skládá se z předání zdravotních informací ohledně klientů. Také se zde projednávají propustky klientů, které se schvalují nebo zamítají dle aktuální situace.

V 9:00 hodin probíhá komunita, což je formální setkání s ošetřujícím a terapeutickým týmem, jakési zahájení dne. Na komunitě je hlášeno datum, počet přítomných osob a nové skutečnosti, které by měl personál ze strany klientů vědět.

Během dopoledne se jednotlivé skupiny věnují programu, který je rozvržen v jednotlivých stupních oddělení v rozmezí týdne. Dopolední terapeutická činnost spočívá v různých psychoterapiích. Všechny skupiny v rámci oddělení, tzn. klienti s poruchami AT, sexuologickými a psychiatrickými poruchami navštěvují společné arteterapie, muzikoterapie či pracovní terapie.

V poledne následuje oběd, podávání léků, polední klid a od 13:00 hodin pokračuje program. Posilovna, tělocvična, individuální pohovory s lékaři, psychology a terapeuty, tématické skupinové sezení pro klienty s problematikou závislosti.

Odpoledne, zhruba od 16:00 hodin, je volnější režim. Možnost věnování se zájmovým činnostem, sledování televize, stolní hry, návštěva zahrady. Důraz je kladen na pracovní vyčerpání a fyzickou kondici klientů. Klienti se nemohou jen tak volně povalovat, personál se snaží je pomocí motivujících bodových systémů zařadit do činnosti.

Večer probíhá podáním večerních léků zhruba kolem 20:00 hodiny. Následuje věnování se vlastním aktivitám, čtení knížek, sledování televize, psaní deníků. Večerku určuje personál a chování klientů během dne. Pokud klienti chtějí déle sledovat televizní program, je jim to umožněno. Musí však tuto žádost nahlásit již ráno na komunitě společně s důvodem, proč by jim měla být tato výhoda umožněna. Většinou se povoluje z důvodu zvláštního televizního přenosu, jako je například fotbalové utkání.

Den pacienta se může lišit stupněm dosažené léčby. Režimové léčba je dosažena pomocí jednotlivých stupňů, bodů léčby. Zvyšováním jednotlivých stupňů léčby získává klient postupné výhody. Rozdělení klientů dle diagnózy závislosti na alkoholu a toxických látkách je hlavně v rámci psychoterapie individuální a skupinové. Skupinová psychoterapie se závislými probíhá v rámci AT skupin.

6.2.5 AT skupiny

Tematické skupinové posezení pro klienty se závislostí. Skupina je vedena psychologem nebo terapeutem. Každý klient, který dochází na sezení, je povinen zpracovávat téma dle aktuálního stupně dosažené léčby. V prvních počátcích léčby, tedy v prvním a v druhém stupni léčby V0 a V1, řeší klienti především svou minulost, drogovou kariéru, dopady užívání drog a jejich následky. Ve třetím stupni léčby V2 se klienti zaměřují na přítomnost, skutečnosti, které se právě odehrávají a které je možné do jisté míry ovlivnit. Poslední stupeň léčebného procesu, tedy skupina V3, se již zabývá otázkami budoucnosti.

Okruhy témat jsou dané pro každý den a klient si volí sám téma, o kterém by chtěl volně hovořit v rámci skupiny. Dle jednotlivých dnů v týdnu jsou zvolené okruhy, kterými by se měl klient zabývat. V pondělí je okruh Sebepoznání a s ním spojená témata - které věci jsem za svůj život dokázal, jaké mám nedostatky, co má pro mě v životě smysl, co bylo v mém životě na drogách normální.

Úterý věnuje skupina okruhu Já a droga s danými tématy - v čem jsem byl jiný než ostatní toxikomani, jaké jsou kroky života bez drog, jakým způsobem se u mě projevovala chuť na drogu.

Středa je určena okruhu témat Já a rodina. Oblasti zpracování zahrnují otázky - v čem jsou kořeny mé závislosti, podle čeho poznám, že má rodina výhrady k mému chování atd.

Čtvrtek je věnován okruhu Já a mé okolí. Okruhy témat představují, jaké sociální normy a prostředí mě ovlivňuje, co bylo impulzem ve změně mého chování, jaké druhy léčby jsem předtím vyzkoušel a s jakým výsledkem.

Pátek se zabývá pohledem na klientovu léčbu v podobě témat - co může způsobit můj útek ze zařízení, droga na oddělení, jak se před ní budu chránit a jaké jsou rozdíly mezi dobrovolnou a nucenou léčbou.

Klientům je dán prostor pro volné zpracování tématu s ohledem na vhodnost k danému programu. Povídání často poodkrývá nové skutečnosti a umožňuje náhled do nitra klienta. Osoba často sdělí věci, které by jinak jen těžko vyplynuly z jeho chování. Uchopení a následné zpracování umožňuje lepší náhled klienta na problém. Psycholog, terapeut, doplňuje dle potřeby svými poznatky klientovo povídání, dochází ke konfrontaci se skutečností a slovy klienta. Často dochází k rozporu mezi slovy a činy klienta. V této fázi je dobré klienta upozornit, že se jeho slova a činy neshodují. Pracovník využívá prvky kognitivně

behaviorálních přístupů v podobě vypracování strategických plánů na zvládnutí recidivy. Člověk zápasící se špatnými zkušenostmi s drogami se pomocí témat učí řešit, jak zvládat krizové situace, a volně o nich hovořit. V psychoterapeutickém procesu se závislími jde o odhalování naučených vzorců chování, hledání mechanismů, pomocí kterých jsou udržovány, a následné hledání možností na změnu symptomů chování, které vychází z kognitivního terapeutického přístupu.

6.2.6 Nejčastější problémy klientů v ochranné léčbě

Základním problémem, který brání úspěšnosti v léčbě, je špatná motivovanost, nedostatečný náhled na onemocnění, rezignace na své schopnosti a spokojení se se statusem závislé osoby. Mnoho klientů má v anamnéze trestné činy různé povahy.

Velmi závažným problémem je rezignace na základě poruchy sebepřijetí a vnímání vlastní hodnoty s přihlédnutím na osobnost člověka a jeho rysy závislosti. Nejzávažnější jsou poté disociální poruchy chování projevující se emoční nestabilitou a nevyzrálostí. Klienti nemají vybudované základní pracovní návyky, s tím souvisí neschopnost plánování činností, stanovení cílů apod. Mezi další nedostatky patří narušená schopnost vytvářet a udržovat mezilidské vztahy. Bývá narušen hodnotový systém člověka samotného, nedůvěřivost k cizím lidem, která je podmíněna životní zkušeností, často i pobytem ve výkonu trestu odnětí svobody. Společným rysem, charakterizujícím všechny klienty, je nemotivovanost k léčbě.¹⁴

6.3 Rozhovory

Otázky rozhovoru byly cíleně směřovány ke třem okruhům. První z nich byla samotná droga, subjektivní pocity klientů vztahované k dané návykové látce pervitin a její závislost. Druhý okruh otázek byl směřován přímo k léčbě závislosti a poslední okruh byl zaměřen na motivace klienta v abstinenci, zvládání recidiv a jeho výhled do budoucnosti. V otázkách je pervitin pojímán jako droga. Dotazovaní byli vybráni cíleně s diagnózou závislosti na pervitinu a byli předem seznámeni s tím, že pokud se budeme bavit o drogách, myslíme tím pervitin. Dotazy byly upraveny dle výzkumných okruhů tak, aby bylo možné potvrzení či jejich vyvrácení. Pracovní otázky směřovaly k okruhu závislosti na pervitinu, působení ochranného léčení a představě dotazované osoby ohledně budoucnosti.

K rozhovorům byly cíleně vybrány dvě osoby, jedna na začátku léčebného procesu a druhá ke konci léčby. Oběma klientům byla diagnostikována závislost na pervitinu.

¹⁴ Čerpáno z vnitřních, neveřejných materiálů PLB

6.3.1 Interpretace výsledků rozhovorů

Klient číslo jedna

Klient číslo jedna vykazuje jasné známky chování klienta v počátcích léčebného procesu. Klient působí neklidně a nervózně. Vzhledem k této skutečnosti mu byl dán větší prostor pro jeho vyjádření. Hovořil o tématu, které jemu přišlo důležité i přesto, že se nedržel zadaného tématu a odbíhal. Tento fakt však pomohl k navození přátelské atmosféry a důvěry mezi dotazujícím a dotázaným.

První okruh otázek zaměřených na drogu a klienta byl zvládnut bez obtíží. Klient měl radost z toho, že své drogové zážitky může dál předávat. Na otázku, zda si klient vzpomíná na kořeny závislosti, odpověděl bez velkých problémů a uvedl, že jeho závislost vznikla již v mládí, někdy kolem 17. roku. V té době pracoval jako číšník za barem. Klient dále uvedl, že ze začátku neviděl problém v užívání drog. Na otázku, zda si uvědomoval riziko spojené s užíváním drog, uvedl, že momentálně si je vědom rizika spojeného s užíváním návykové látky hlavně v podobě nemocí. Jako hlavní nemoc uvádí chronickou hepatitidu, dále ji už ale nespecifikuje. Klient několikrát upozorňuje, že je dlouholetým uživatelem drog.

Na otázku směřující na to, co klientovi drogy vzaly a daly, bylo odpovězeno, že klient si je jasně vědom poškození mozku v důsledku dlouhodobého užívání. Dále uvádí, že hlavním problémem jsou bludy a halucinace. Na základě těchto klamných skutečností se cítí v nebezpečí a je schopen ohrožovat lidi kolem sebe. Jelikož má zálibu ve zbraních, tak je v kritických chvílích vyhledává a řeší tak své osobní problémy.

Další otázka byla, zda si klient může vybavit, jak se projevovala jeho chuť na drogu? Při této otázce klient znervózněl a později uvedl, že si to nedokáže představit, jelikož není den na svobodě, co by abstinovat.

Otázka, co mu drogy vzaly a daly, byla již zodpovězena výše v rozhovoru, zde se k ní klient vrátil s odpovědí, že ze sebe vytvořil bytost, která ve skutečnosti neexistuje. Upozornil na své problémy v sebeovládání. Dále se k otázce nechtěl vyjadřovat s tvrzením, že již byla zodpovězena.

Odpověď na otázku, co bylo normální ve Vašem životě na drogách, byla zodpovězena poněkud mimo téma. Klient vyprávěl příběh spojený s bludy, který se příliš netýkal zadané

otázky. Vzhledem k autentičnosti vyprávění nebylo vhodné klienta přerušovat a byla nechána volná cesta průběhu rozhovoru.

Dalším okruh otázek se věnoval tématu Léčba a já. Na otázku, jaké druhy léčby již klient vyzkoušel, uvádí, že již byl v mnoha zařízeních, neví ani v kolika přesně a náhodně vyjmenovává ty, na které si vzpomíná, viz příloha č.1. Dále dodává, že čeká na blíže neurčený zázrak, který mu pomůže s jeho závislostí na pervitinu. Dodává, že si uvědomil, že mu od závislosti nikdo jiný než on sám nepomůže. Poukazuje na to, že je dlouholetý uživatel, na látce funguje 24 hodin denně. Zde je vidět protiklad v tvrzeních, které po sobě následují, a odbíhání klienta od zadané otázky. Následující odpovědi jsou nesmyslné vzhledem ke kladené otázce, avšak důležité pro výzkum, protože ukazují, jaký má klient vztah k omamným a psychotropním látkám.

Otázka, kdy došlo ke zlomovému rozhodnutí, uvědomění si negativ drog, odpověděl, že první zlomový okamžik nastal v průběhu jednoho z mnoha léčebných programů v Psychiatrické léčebně Bohnice. Dále uvádí, že se léčil již v mnoha terapeutických komunitách a léčebnách. Domnívá se, že v Bohnicích mu nejvíce pomohli v uvědomění si škodlivosti návykových látek, hlavně pervitinu. Avšak neumí si představit běžné fungování ve společnosti bez alkoholu. Byl dotazován, zda po těch všech léčbách byl schopen fungovat bez drog a alkoholu. Klient říká, že ano, a dodává, že poté, co opustil jeden z léčebných programů, sešel se s přáteli a na oslavu si dali spolu dávku. Klient s hrdostí dodává, že jeho tolerance k látce je velice zvýšená oproti jiným dlouholetým uživatelům pervitinu.

Následně byl klient dotazován, zda by opět opustil léčebné zařízení, a dodává, že neví, ale asi ne. Více již nechtěl hovořit o otázce opuštění ochranného léčení.

Zda klient vidí rozdíl v nucené a dobrovolné léčbě, odpověděl, že rozdíl je v tom, že zde v PLB musí být. Dále uvedl, že jsou zde mříže a že mu to vyhovuje. Při otázce zhodnocení léčby uvedl, že zde je období jeho abstinence od návykových látek. Dodává, že by potřeboval dodat naději a nasměrovat, uvádí, že také věří v Boha... Dále podotýká nutnost alkoholu nebo jiné omamné a psychotropní látky v těle pro jeho běžné fungování ve společnosti.

Další okruh se věnuje celkové motivaci klienta k abstinenci, jeho plán na zvládnutí recidivy, opětovnému užívání látky a budoucnosti. Dotazovaný na první otázku, jak hodnotí své změny za poslední dobu, odpověděl, že u jeho osoby pud sebezáchovy zafungoval a že si uvědomil škodlivost pervitinu. Klient stále opakuje svou touhu po alkoholu. Konstatuje, že

bratr mu pomáhá, jelikož je celoživotní abstinent a vidí v něm jakýsi vzor. Do budoucnosti by chtěl přestat brát, plán však na zvládnutí recidivy nemá, neumí si ho představit.

Klient číslo dvě

Klient číslo dvě byl dotazován na kořeny závislosti užívání pervitinu. Odpověděl, že si na to nevzpomíná, a uvádí, že to bylo někdy v mládí. Vzpomíná na to, jak v partě mladých lidí užívali pervitin jako společenskou událost. Zpočátku byla látka užívána perorálně v malých dávkách. Postupem času se dávky zvyšovaly. Klient dodává, že nepocíťoval stavy závislosti ani rizika spojená s užíváním pervitinu.

Další otázky směřující na rizika spojená s drogami jsou pro klienta velice citlivé téma vzhledem k tomu, jak dodává, že má s látkou spojené nepříjemné pocity, na které nerad vzpomíná. Klient uvádí, že se mu při tom dělá špatně a svírá se mu žaludek. Pocity nedokáže vysvětlit, jsou negativní. Popisuje je jako chvilkové zlomy. Dále se vyjadřuje, že již nikdy nechce na tyto věci zapomenout, blíže nechce hovořit na dané téma.

Rozhovor pokračoval otázkou, jakým způsobem se projevovala klientova chuť na návykovou látku? Dotazovaný začal popisovat stavy libosti, dodává, že celý problém je v jeho mozku. Ten pak řídí chuť na pervitin. Následující otázka zněla, jaký byl jeho běžný život na drogách. Klient udává, že neví, že si myslí, že se vždy choval slušně, jelikož je to dobré. Dále říká, že na sobě nikdy nedal znát, že je pod vlivem návykové látky. Stav na pervitinu popisuje euforií a zvýrazněným vnímáním okolí.

Okruh témat zaměřených na léčbu závislostí, kdy byl klient dotazován na to, jakými léčebnými procesy již prošel, klient vypráví, že již prošel léčbou dobrovolnou v PLB, terapeutické komunitě a ochranným léčením protitoxikomanickým též v PLB. Dodává, že jeho léčba není zcela nucená, že ho také přinutila jeho přítelkyně, se kterou má dítě. Uvádí závazky vůči rodině jako přednostní věc. Klient nevidí rozdíl v tom, že mu byla soudem stanovena povinnost podrobit se léčebnému procesu, ale přisuzuje tak své přítelkyni. Zásadním zlomem, kdy si začal uvědomovat rizika spojená s užíváním, uvádí období rozvíjející se toxické psychózy a schizofrenie. Klient se svěřuje, že v důsledku nemoci si uvědomuje negativní důsledky užívání drog. Léčebné zařízení by již nikdy neopustil, dodává, že by měl výčitky svědomí. Jednou již utekl a druhý den se vrátil.

Otázkou směřovanou na to, zda je schopen porovnat rozdíly léčby, říká, že jsou obě léčby téměř shodné. Rozdíl shledává v tom, že v komunitě jezdili na výlety a byl více nabitý program.

Dále měl klient zhodnotit pozitiva a negativa léčby. Klient se okrajově zmiňuje o schizofrenii a vypráví, že ho zde vyléčili a že se nemoci obává. Dodává, že touží po svobodě a běžném životě. Jeho motivací ke změně je rodina. Dále říká, že se nikdy nevzdává, cítí se být motivován. Na otázku, zda již má vytvořený plán zvládnutí opětovného užívání, však odpovědět neuměl. O doléčovacích programech nepřemýšlel.

Klienti se shodují v další věci, a tou je špatná zkušenost s pervitinem. Ta je ovlivněna dlouhodobým užíváním, zvyšováním běžných dávek a naprostým fungováním ve společnosti pod vlivem návykové látky.

Oba dva případy spojuje fakt, že osoby byly predisponovány pro vznik duševního onemocnění. Skutečnost, která ovlivňuje celou situaci, byla zjištěna v rámci zkoumání dokumentace poskytnuté léčebnou a doplněna neformálními rozhovory s lékaři oddělení. Z odborného hlediska není možné rozvinutí psychických nemocí bez podmínění drogy u osob, které mají znaky predisponované osoby. Predisponovanou osobou se rozumí každá osoba, která měla narušený psychický vývoj nebo pouze vývoj opožděný, nachází se ve stádiích vzniku a rozvoje duševního onemocnění podmíněného užíváním pervitinu nebo jiné návykové látky. Většina těchto osob má dědičně daný vzorec onemocnění a je pouze otázkou času, kdy a co tuto chorobu spustí v podobě toxické psychózy nebo jiných poruch. V případě včasného zachycení problému je možné vymizení příznaků a projevů nemoci, může dojít k pozastavení až vymizení. Léčbu takového onemocnění doprovází vždy farmakoterapie.

Klient číslo jedna se nachází v počátečních fázích léčebného procesu a jsou u něho patrné známky závislosti na pervitinu. Klient nemá srovnané myšlenky a názory v oblasti drogové problematiky. Je jasné, že tento klient nemá jasnou představu o budoucnosti. Pouze dodává, že by chtěl žít jiným způsobem života. Jakým však neví.

Druhý klient si dokáže představu budoucnosti spojit s rodinou, která představuje jeho velkou oporu a dokresluje budoucnost. Při otázce, zda uvažuje o následných doléčovacích programech, není klient jasně rozhodnut, jak se svou budoucností naloží. V případě problému by měl být schopen vyhledat příslušného odborníka a problém řešit, aby nedošlo k relapsu.

V pohledu na léčbu se klienti překvapivě shodovali, jelikož oba uvedli, že jim vyhovuje nedobrovolná léčba. Jako jednu z výhod léčby uvádějí odtrhnutí od dosavadního způsobu drogového života, začlenění do pracovního společenství a přesně daný režim dne s mnoha aktivitami.

Největší odchylka se však projevila v posledním okruhu témat, směřovaném k opětovnému užití drogy, pod pracovním názvem Zvládnutí recidiv a další výhledy klientů na budoucnost.

První klient tvrdil, že by chtěl abstinovat, avšak neví jak. Uvádí, že je dlouhodobým uživatelem návykové látky a pervitin v poslední době nahrazuje alkoholem. Z alkoholu necítí výčitky svědomí a nevidí na něm nic špatného. Dále uvádí, již mimo rozhovor, že by chtěl abstinovat s přítelkyní, která však má problémy s alkoholem. V závěru rozhovoru dodává, že nehodlá trávit svůj život bez alkoholu nebo jiných návykových látek. Jeho vyhlídky nejsou jasné, jsou zkreslené díky začínajícímu léčebnému programu a dlouholetému abúzu drog.

Druhý klient vypovídá s odhodláním přestat užívat drogy, opět se odkazuje na rodinu a nepříjemné zážitky spojené s konzumací pervitinu. V rodině upřednostňuje přítelkyni a děti, uvádí, že má dvě. Jedno ve věku 8 let a u druhého si na věk nemůže vzpomenout. Informace o rodině byly shledány důležitými z hlediska pozitivního působení na léčbu a na plán zvládnutí recidivy. Klienta čeká poslední fáze léčby, která spočívá v primářské poradě, která určí, zda je schopen fungovat ve společnosti. Když byl klient dotazován na doléčovací programy, anonymní pomocné organizace, ambulantní střediska, byl vznesen odpor vůči jiným narkomanům a nesouhlas s potřebou doléčování. Klient vidí svůj problém jako vyřešený a nechce ho sdílet s nikým, kdo má podobné zkušenosti.

Oba klienti se shodují v několika bodech. S konzumací drog začali již v brzkém mládí, a to bez větších problémů. Jejich závislost se projevovala v silné touze užít látku a v nutkání užít látku v dané společnosti lidí. Klienti vykazují známky psychické poruchy podmíněné zneužíváním pervitinu. Poruchy vyvolané látkou dominují v procesech myšlení klienta a dochází k ovlivnění chování klientů. První z nich si nemoc uvědomuje z hlediska ohrožování společnosti pod tíhou paranoidní psychózy. Klient číslo dvě pocítuje známky dopadu užívání v nespecifických nepříjemných zkušenostech s návykovou látkou, spojené s rozvojem schizofrenie.

Shrnutí

Výzkumným předmětem bylo pozorování běžného chodu ochranného léčení protitoxikomanického v psychiatrické léčebně v Bohnicích. Praktická část se snaží odhalit poznatky praktické a porovnat je s těmi teoretickými. Výzkumné šetření je doplněno polostrukturovanými rozhovory s klienty ochranného léčení protitoxikomanického v Psychiatrické léčebně v Bohnicích. Cílem bylo potvrzení či vyvrácení stanovených pracovních otázek.

6.4 Vyhodnocení výzkumných otázek

Při vyhodnocení výzkumných otázek je nutné zmínit, že z popisu rozhovoru s jednotlivými klienty je zřejmé, že se jeden z nich pohybuje na začátku léčby a druhý je před jejím koncem. Oba tvoří obraz o prožívání závislosti na pervitinu a uvědomování si dopadů užívání látky. Z výpovědí těchto klientů jasně vyplývá jejich představa o drogách, léčbě a budoucnosti.

První klient, jenž je v počátcích léčebného procesu, vykazuje jasné známky toho, že ještě není plně stabilizován a motivován k abstinenci. Jedná se o jevy, které doprovází celý rozhovor, jako jsou nesoustředěnost, neschopnost se držet okruhu témat, celkový neklid, výpadky paměti. Klient se projevoval jako silně narušený jedinec ovlivněný dlouholetým užíváním pervitinu s výše uvedenými znaky. Všechny projevy dlouholetého uživatele pervitinu jsou uvedeny a srovnány dle Kaliny. Druhý klient naopak projevoval známky uvědomění, respektu k návykové látce a motivace podpořené rodinou, vedoucí k abstinenci. Uvědomění si škodlivosti drog přisuzuje k negativním vzpomínkám na drogovou kariéru. Klient vypovídal jasně, stručně a o nepříjemných pocitech spojených s pervitinem se nechtěl bavit. Uvedl spojitost s duševním onemocněním.

Výzkumná otázka číslo 1 zněla, zda si uživatelé pervitinu připouštějí svoji závislost.

Z rozhovorů vyplývá, že dotazovaní uživatelé pervitinu si dlouhou dobu neuvědomují svoji závislost. Moment zlomu nastane až ve chvíli, kdy se začnou s užíváním drogy objevovat i jasné problémy, které jsou uvedeny výše dle Kaliny, jako psychotická porucha vyvolaná zneužíváním psychotropních látek, která se vyskytuje typicky po stimulancích. Mnoho uživatelů pervitinu si svou závislost a poškození drogou uvědomí právě až v určitém typu léčebného zařízení. Z rozhovoru pak vyplývá, že klienti si nyní při léčbě již uvědomují a připouštějí svou závislost na předmětné droze, což lze opřít o fakt, že klienti uvádějí své kořeny v závislosti v raném mládí, kdy první klient uvádí, že drogu začal užívat

bezmyšlenkovitě jako společenskou látku v dané komunitě lidí, dále uvádí, že velkou motivací k užívání látky byla výdrž a zvýšená tělesná aktivita, která byla zapotřebí pro výkon jeho povolání. Druhý klient drogu užíval zpočátku rekreačně za účelem společenské události mezi přáteli, později začal vyhledávat drogu častěji, až se projevila samotná psychická závislost. Projevem psychické závislosti byla silná touha užít pervitin a potíže v sebeovládání, jak je zmíněno výše, znaky závislosti podle Nešpora. Dále tento fakt potvrzuje, že pervitin vyvolává hlavně psychickou složku závislosti v podobě již zmíněných specifických znaků pervitinu dle Fischer, Škoda. Oba dva klienti se shodují v užití látky v dané společnosti lidí a to za účely výkonnosti a navození pocitů euforie a nadhledu. Následná odpověď potvrzuje přítomnost sociální složky závislosti, kterou uvádí Matoušek. V rozhovorech byla položena otázka, zda si klienti uvědomují poškození drogou a kdy přišel zlom v tom, že užívání drog není dobré. Oba klienti odpovídají, že zlomové rozhodnutí přišlo právě v průběhu léčebného procesu. První klient dodává uvědomění právě až v ochranném léčení v PLB.

Výzkumná otázka číslo jedna byla potvrzena klienty ochranného léčení protitoxikomanického, kterým byla diagnostikována závislost na pervitinu, že si neuvědomují svou závislost. Ke zlomovému rozhodnutí většinou přijde po vzniku komplikací spojených s užíváním drog, jak je již zmíněno výše.

Klienti byli dotazováni na to, zda můžou zhodnotit pozitiva a negativa léčby. Tyto otázky měly za úkol odhalit, zda ochranné léčení může působit na změnu myšlení klienta. První klient odpověděl, že pozitivum shledává v abstinenci i přes to, že může být pouze chvilková, jelikož si neumí představit normální fungování ve společnosti, kdy by nebyl pod vlivem návykových látek nebo alkoholu. Klient číslo dva udává, že ho léčba vyléčila z příznaků schizofrenie, čímž byl hlavně změněn jeho pohled na drogy. V důsledku nemoci se projeví dříve neprojevené negativní pocity spojené s pervitinem.

Z obou rozhovorů a celého shrnutí práce je patrné, že ochranné léčení pozitivně působí na změnu myšlení klientů. Její pozitivum by se dalo zohlednit i v podobě dočasné abstinence klienta. Nezávisle na sobě klienti potvrdili správnost a účinnost ochranného léčení, byť v podobě dosavadní abstinence, uvědomění si vlastní osoby, škodlivosti drog a mimo jiné poukazují i na pestrý program dne, při kterém nestíhají myslet na drogy. Tímto faktem je potvrzena druhá pracovní otázka, zda ochranné léčení působí na změnu myšlení klienta. Značný vliv na vnímání klientů má fakt, že jeden se nachází v počátcích a druhý v koncích ochranného léčení protitoxikomanického. Nejdůležitější z rozhovorů jsou pohledy na škodlivost a rizika užívání pervitinu, spojitost s rozvojem duševních onemocnění a náhled na

léčbu. Plány na zvládnutí recidivy nejsou adekvátně zastoupeny ani u jedné ze zkoumaných osob.

Závěr

Při zpracování praktické části této práce, zejména pak při pozorování, bylo zjištěno, že v mnoha ohledech se shodují teoretické poznatky s těmi praktickými. Jak popisuje Kalina, léčba je tvořena základním bodovým systémem. Tento režim upevňování řádu a principů přispívá k motivaci klienta ke změně způsobu myšlení a života. Režimová opatření vytváří kolem klienta jasné hranice a směrnice, kterými se řídí. Toto vše umožňuje klientovi upevnění řádu. V následné budoucnosti by se dalo předpokládat lepší začlenění a adaptace na současné podmínky společenského života.

Součástí ochranného léčení pobytového typu je maximální fyzické vytížení ve formě sportovní a pracovní terapie, jak je již výše zmíněno dle Kaliny. Mnoho závislých klientů může mít sklony k neplánovaným volnočasovým aktivitám, jako jsou myšlenky na recidivu, hrozba rizikového prostředí, jako mohou být kluby, bary, parky. Pokud vyjde klient na propustku, může se s těmito jevy setkat, avšak pracovní zátěž se snaží klienta vytížit a naučit ho relaxovat. Klient, jak je již uvedeno výše, může být propuštěn na propustky. Znamená to, že může kdykoliv opustit půdu léčebného zařízení a je vystaven vlivu rizikového prostředí. Nelze říci, že ochranné léčení způsobuje úplnou izolaci od rizikového prostředí a společnosti.

Terapeutické složky, které jsou popsány Rotgersem a Kalinou, se shodují, lze předpokládat, že se mohou mírně měnit dle každého zařízení. V podstatě vychází ze stejného modelu psychoterapie se závislými osobami.

Zvláštní pozornost byla věnována rozdílům mezi dobrovolnou a nucenou léčbou, kdy byly vyzdvíženy rozdíly, zejména z hlediska praktických poznatků z Psychiatrické léčebny v Bohnicích. Odlišnosti se týkaly specifického druhu ochranného léčení, který poskytuje zdravotnické zařízení, řízené lékařem. Specifikem léčby se stává režimový základ, 24hodinový dohled personálu a nutnost vedení klienta k abstinenci. Testy na přítomnosti drog v těle jsou pravidelně testovány a případné porušení léčebného plánu se trestá. Klienti jsou motivováni k úspěšnému zvládnutí léčby pomocí základních terapií, které jsou zmíněny dle Kaliny a Rotgerse. Důraz je zde kladen na pracovní a zátěžové aktivity. Všemi dostupnými prostředky a terapiemi se léčba snaží působit pozitivně na myšlení klienta a změně způsobu života vedoucímu k abstinenci, jak zmínili sami klienti. Tento cíl dále popisuje jako hlavní Kalina a odkazují na to i vnitřní, neveřejné dokumenty PLB.

Teoretické poznatky se v mnoha ohledech spojují a vytvářejí kompletní celek informací ohledně užívání pervitinu, jeho případné závislosti, která je zastoupena zejména z hlediska psychické složky, viz Fischer, Škoda. Teoretické poznatky o užívání pervitinu byly potvrzeny, jelikož klienti se shodují v několika ohledech. První z nich je navození příjemných pocitů, naučení rozmazleného mozku, který čeká na odměnění libostí, přičemž nemusí vynaložit žádnou aktivitu na jeho získání. Mozek začne fungovat automaticky na těchto bázích a přestává si uvědomovat klasické podmínění libosti spojené s nějakou činností, aktivitou, viz Kalina. Poznatky teoretické popsané v kapitole psychoterapie závislostí dle Kaliny a Rotgerse byly potvrzeny, jelikož lze najít shodné znaky v jednotlivých terapiích. Nelze předpokládat úplnou shodu. Musíme vycházet z širokého spektra informací vycházejících ze závislosti. Dále lze předpokládat, že psychiatrická léčebna má omezené možnosti působení na jedince kvůli nedobrovolnému léčení a povaze zdravotnického zařízení, a nelze tedy vycházet ze všech principů terapie závislostí.

Závěr ukončuji písní z filmu Dobří holubi se vracejí...

„ Žít jako člověk, chtít lepším být,

pracovat pilně, přestat už pít... “

„Líbat svou ženu, rodiče ctít,

dětem svým příkladem jít... “

„Můj bratře v bílém, pomoz mi žít,

pomoz mi hledat, pomoz mi chtít,

pomoz mi dávat, pomoz mi brát,

pomoz mi zas rovně stát... “

Seznam literatury

a) prameny

Fischer, Slavomír., Škoda, Jiří. *Sociální patologie, analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů, vydání 1.* Praha : Grada Publishing a.s., 2009. ISBN 978-80-247-2781-3.

Ganeri, Anita. *Od extáze k agonii.* Praha : Amulet s.r.o., 2001. ISBN.

Hayesová, Nicky. *Aplikovaná psychologie.* Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-807-4.

Hendl, Jan. *Kvalitativní výzkum, základní metody a aplikace, 1. vydání.* Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

Kalina, Kamil. *Drogy a drogové závislosti I, mezioborový přístup.* Praha : Úřad vlády České Republiky, 2003. ISBN 80-86734_05-6.

Kalina, Kamil et al. *Drogy a drogové závislosti II, mezioborový přístup.* Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

Kalina, Kamil et al. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí.* Praha : Filia Nova, 2001. ISBN 80-238-8014-4.

Kalina, Kamil et al. *Základy klinické adiktologie.* Praha : Grada Publishment a.s., 2008. ISBN 978-80-247-1411-0.

Trávníčková, Ivana. *Kriminalita a drogy.* Praha : Sananim, o.s., 2012. ISBN 978-80-904536-4-77.

Miovský, Michal. *Kvalitativní přístup a metody psychologického výzkumu.* Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1362-4.

Nešpor, Karel. *Návykové chování a závislosti, současné poznatky a perspektivy léčby, 4. aktualizované vydání.* Praha : Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8.

Nešpor, Karel. Csémy, Ladislav. *Alkohol, drogy a vaše děti, jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat, jak je zvládat, 5. vydání.* Praha : autor neznámý, 2003.

Presl, Jiří. 1994. *Drogová závislost: Může být ohroženo i Vaše dítě?* Praha : Maxdorf, 1994. ISBN 80-85800-18-7.

Rotgers, Frederick et al. *Léčba drogových závislostí*. Praha : Grada Publishment a.s., 1999. ISBN 80-7169-836-9.

Šámal, P. *Trestní zákoník I.: komentář: §1–139. I.* . Praha : C. H. Beck, 2009.

Šámal, Pavel et al. *Trestní zákoník.: II Komentář § 140 - § 431*. Praha : C. H. Beck, s.r.o., 2010-2011.

Trávníčková, I. Zeman, P. *Kriminální kariéra pachatelů drogové kriminality*. Praha : Institut pro kriminalitu a sociální prevenci, 2010. ISBN 978-80-7338-101-1.

Zeman, Petr et al. *Vybrané aspekty drogové problematiky z pohledu občanů*. Praha : Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2011. ISBN 978-80-7338-112-7.

a) sekundární literatura

Biedermanová, Eva a Petras, Michal. *Možnosti a problémy resocializace vězňů, účinnost programů zacházení*. Praha : © Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2011, 2011. ISBN 978-80-7338-115-8.

Blatníková, Šárka. *Problematika zabezpečovací detence*. Praha : © Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2010, 2010. ISBN 978-80-7338-106-6.

Farrington, David P. et al. *Kriminální kariéry do věku 50 let a životní úspěšnost do 48 let - Nová zjištění cambridgeské studie zabývající se zkoumáním delikventního vývoje pachatele*. Praha : © Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2010, 2010. ISBN 978-80-7338-094-6.

Gallà, Maurice et al. *Jak ve škole vytvořit příjemné prostředí - Příručka o efektivní školní drogové prevenci*. Praha : Vydal SANANIM, o. s., 2007, 2007. ISBN 978-80-254-1086-8.

Makovská Dolanská, Pavla et al. *Manuál dobré praxe – Pracovní programy pro zkvalitnění doléčování osob závislých na návykových látkách a lepší uplatnění při návratu do společnosti a na trh práce*. Praha : © o. s. SANANIM, 2007, 2007.

Marešová, Alena et al. *Kriminální recidiva a recidivisté (charakteristika, projevy, možnosti trestní justice)*. Praha : © Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2011, 2011. ISBN 978-80-7338-119-6.

Miovský, Michal et al. *Vězeňství a nelegální drogy Sborník textů z oblasti užívání nelegálních návykových látek ve vězeňství*. Praha : Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-03-2.

Morávek, Jan et al. *Analýza potřeb kriminálních uživatelů drog v Praze*. Praha : © o. s. SANANIM, 2008, 2008.

Zeman, Petr et al. *Veřejnost a trestní politika*. Praha : © Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2011, 2011. ISBN 978-80-7338-113-4.

Užité encyklopedie a slovníky

Hartl. *Psychologický slovník*. místo neznámé : Budka, 1993.

Matoušek, Oldřich. *Slovník sociální práce, 2. přepracované vydání*. Praha : Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.

Právní předpisy

Úplné znění zákona, trestní předpisy podle stavu k 1. 1. 2013, Ostrava: Sagit, 2013. ISBN: 978-80-7208-890-4

b) elektronické

Bayer, Martin. 2011. Léčba a následná péče: kutní účinky metamfetaminu. *Web: Adiktologie.cz*. [Online] © Klinika adiktologie 2011., 18. Duben 2011. [Citace: 23. Červen 2013.] <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/72/2788/Akutni-ucinky-metamfetaminu>.

Šámal, Pavel. Rubrika: Trestní právo. *Web Ipravník*. [Online] Nakladatelství C. H. Beck, s.r.o., 1. Leden 2011. [Citace: 6. Únor 2013.] http://www.ipravnik.cz/cz/clanky/trestni-pravo/art_7106/k-uprave-ochranneho-leceni-v-trestnim-zakoniku.aspx.

Švarc, Jiří. Archiv - Být spolu v síti. *Web: APPPS*. [Online] Asociace poskytovatelů penitenciárních a postpenitenciárních služeb, o.s., 2009. [Citace: 5. Únor 2013.] http://www.appps.cz/page.php?t=4_ke-stazeni,8_archiv.

Švarc, Jiří. Web: Česká a Slovenská Psychiatrie. *Posuzování duševního stavu v trestním řízení*. [Online] Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2011. [Citace: 3. Duben 2013.] <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=729>. ISSN 1212-0383.

Minařík, Jakub MuDr. nezadáno. O drogách obecně: Drogy čili omamné, psychotropní či psychoaktivní látky. *Web: Drogová poradna*. [Online] ©2009 SANANIM, o.s., nezadáno. [Citace: 4. Červen 2013.] <http://www.drogovaporadna.cz/o-drogach-obecne.html>.

Nešpor, Karel. 2009. Překonávání závislostí, zvládání stresu. *Web: drnespor.eu*. [Online] 2009. [Citace: 4. Červen 2013.] <http://www.drnespor.eu/addictcz.html>.

Neuvedeno. 2006. Minimalizace rizik: Motivační práce v předléčebném poradenství. *Web: adiktologie.cz*. [Online] © Klinika adiktologie 2011, 27. Srpen 2006. [Citace: 3. Červenec 2013.] <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/71/664/>.

Nykl, Ladislav. 2012. ISBN 978-80-247-4055-3.

Orlíková, Bára. 2009. Pomoc a léčba: detoxifikace. *Web: Drogová poradna*. [Online] ©2009 SANANIM, o.s., 2009. [Citace: 7. Červen 2013.] <http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/detoxifikace.html>

Pomoc a léčba - Léčebné programy. *Web: Drogová poradna*. [Online] Sananim o.s., 2009. [Citace: 3. Březen 2013.] <http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/lecebne-programy.html> .

Seznam příloh

Příloha č. 1: Rozhovor - Klient 1, 38 let, 14 dní v léčbě, skupina V1

Příloha č. 2: Rozhovor - Klient 2, 32 let, 10 měsíců v léčbě, skupina V2

Příloha č. 3: Osnova protitoxikomanického ochranného léčení na pavilónu 17

Příloha č. 1

Rozhovor

Klient 2, 38 let, 14 dní v léčbě, skupina V1

Okruh droga a já

Kde byly kořeny závislosti, pokud si vzpomínáte?

„Dělal jsem číšníka v 17 letech, 14 dní jsem pracoval u baru v kuse a začal jsem brát drogy, pervitin, abych dlouho vydržel. Do toho baru chodila drogová smetánka, vaříči a prodejci. Pak se vrátil můj kamarád z kriminálu a říká mi, jestli nemám pervitin. Tak mě do toho uvedli. Člověk v 17 letech neměl starosti a nebál se toho. Cítil jsem se dobře a dodávalo mi to energii. Já jsem ortodoxní, já jsem to nemíchal s alkoholem. Jen pervitin čistej. Pak jsem se to naučil píchat do žíly po půl roce a pak už to jelo. Od začátku si dávám velký dávky, že i dlouholetí perníkáři koukají a říkají, že mě to zabije.“

Uvědomoval jste si riziko užívání drog?

„Ne, já se nebál. Začalo mi to vyhovovat, že nemusím spát. Ale začalo to rychle, všechno jsem mohl dělat. Jsem ztracený případ toxikomanskej. Teď to teprve vím, protože jsem ze sebe vytvořil něco, co nejsem. Chronickou žloutenku mám v těle, vytvořil jsem něco, co nejsem.“

Co Vám drogy vzaly a co daly? V čem bylo poškození drogou?

„Po deseti letech braní se mi unavil mozek, takže se mi začaly stávat věci, že jsem to viděl, cejtil, cítil... ale ono to tam nebylo. Začal jsem ohrožovat své okolí zbraní. Rodiče byli na švestku. Já jsem to řešil, že jsem rozkopával zed'.“

Jakým způsobem se projevovala chuť na látku?

„Nedokážu to popsat, není den na svobodě, co bych abstinoval. Neumím bez toho nic dělat.“

Co Vám drogy vzaly a daly?

„Vytvořil jsem ze sebe něco, co nejsem a co už sám neovládám. Mé problémy, černá není černá. Co vidím, není.“

Co bylo ve Vašem životě na droze normální?

„Jsem na droze zvyklý dělat všechny věci. Já mám zálibu ve zbraních. Jel jsem s plným batohem pervitinu na obchodní schůzku, byl jsem ozbrojen a dělal jsem si obranu kolem sebe. Normální, ale ne ve dvě odpoledne na nádraží. Najednou se kolem mě začali shromažďovat lidi, tak si říkám, první je jasnej, druhý taky, ale co ten zbytek? Jak je vyřeším? Tak jsem šel k prvnímu, k těm lidem. Ti už na mě křičeli, tak jim říkám: „Tak kdo půjde jako první? Mám to rozhodnout za vás?“ Tak jsem vyndal tu mačetu a lidi utekli. No a já jsem začal mít strach, že mě odpálí něčím z dálky, nebo z toho okýnka na lístky. Tak jsem to začal řešit, vzal jsem mačetu a říkám paní u okýnka, co prodává lístky, tak mi řekni a než jsem to dořekl, rozbil jsem sklo, paní utekla a já jsem se přes to sklo a kanceláře dostal až do hlavní dopravní kanceláře, kde nikdo nebyl. V tom přijel vlak, jak jsem viděl ty senzory v tý kanceláři, všechno tam blikalo, na stole byla výpravka, čepice...Tak jsem to vzal a vyprovodil vlak. Paní průvodčí teda poznala, že to je někdo jiný. Průvodčí na mě koukala. Já v mundúru, dal jsem signál, ať vlak vyjede a v tom už na mě běželi policajti, který mě znali jako starého známého a říkají mi, co blázníš a mně to došlo až za jak dlouho, co se stalo. Takových výstupů jsem měl několik. Naštěstí jsem nikoho nezabil. Když mi šlo o život, tak jsem o něj usiloval.“

Okruh léčba a já

Jaké druhy léčby jste již předtím vyzkoušel?

„Předtím jsem byl v Beřkovicích, Humpolci, pak v Němčicích, Dobřanech. Pak jsem si po těch všech vyzkoušených říkal, kdo mi pomůže, kdo udělá zázrak? A teď vím, že to musím sám. Když jsem opravdu chtěl přestat, tak se mi stejskalo, neměl jsem žádný pocit. Fungoval jsem 24 hod. denně.“

Kdy v léčbě nebo ještě před léčbou došlo ke zlomovému rozhodnutí, že život na drogách není dobrý? Jak tento proces probíhal?

„Když jsem tady byl poprvý. Paní vedoucí lékařka mi říkala, abych o tom přemýšlel, a dotlačili mě k tomu. Tady jsem byl mnohokrát, nevím kolikrát přesně. Ale začal jsem si to zde uvědomovat, co jsem a čeho jsem vlastně dosáhl. Byl jsem tu asi osm měsíců v léčbě.“

Jak jste opustil léčbu, tak jste začal opět brát drogy?

„Hned ne, hned ne, bránil jsem se. Sešli jsme se s narkomany, s těma se znám 18 let. Vždyť my jsme taková rodina. Já jsem se nestýkal s rodinou jako teď. Na uvítanou jsem od nich dostal stříkačku, já myslel, že to je pro pět lidí, ale ten výrobce to dal jen mě. A já jsem pak týden ani nehulil.“

Z jakého důvodu byste opustil zařízení a nařízenou léčbu?

„Už bych asi neutekl. Nevím.“

Když byste utekl, co byste udělal jako první věc?

„Šel si koupit něco k pití. Bez toho, aby si člověk nedal nějakou flašku... To nejde, to pak člověk nemá ani radost z toho života.“

Vidíte rozdíl mezi dobrovolnou a nucenou léčbou?

„Nucená je, že tu musím být. Mně vyhovujou ty mříže, že nemůžu utéct. Tady jsou speciální mříže, jak v base, že se odtud nedá utéct. Já kolikrát sám sobě jsem lhal, když jsem odešel z léčby. Ptali se mě, proč chcete ven? A já že mám plány a chci tohle a támhle to dělat. A neměl jsem nic, jen jsem chtěl brát. Ale teď už nad tím přemejšším jinak. „

Co Vám léčba dala a co vzala? Zhodnoťte pozitiva a negativa léčby.

„Aspoň na chvíli jsem bez drog, mé tělo to taky potřebuje, trochu se obnovit.“

Čeho byste chtěl během pobytu v léčebně dosáhnout, motivace klienta.

„Pořád doufám, že mi někdo dodá naději, nově mě nasměruje. Já věřím i v Boha a doufám... Většina věřících říká, že se budeme radovat až po smrti, v ráji. Já mám ale radost z života teď. Když ale vystřízlivím, tak to nejde. Musím mít po ruce stříkačku nebo láhev a pak tvořím. Nechodím už spát, prej je to špatný. Čím víc si toho vezmu, tím víc jsem střízlivější.“

Okruh motivace klienta k abstinenci, recidiva, budoucnost

Zhodnoťte Vaše změny za poslední dobu.

„Pud sebezáchovy zafungoval, pervitin mě ničí. Už bych se fakt napil.“

Máte plán na zvládnutí recidivy?

„Můj brácha, ten je absolutní abstinents, ten mi pomáhá. Ten mi říká, co a jak. Už mě oslovuje alkohol místo pervitinu. Pervitin mi nedělá dobře, tak budu fungovat na alkoholu.“

Jaká je Vaše představa budoucnosti?

„Chtěl bych přestat brát, ale uvědomuji si, že život bez toho mě nebaví.“

Příloha č. 2

Klient 1, 10 měsíců v léčbě, 32 let

Oddělení, skupina V2

Okruh droga a já

Kde byly kořeny závislosti, pokud si vzpomínáte?

„Nevím, kdy pořádně závislost vznikla, ale bylo to někdy kolem 17. roku. Braní drog byla společenská záležitost, kdy jsme kluci a holky, v partě si dávali do nosu a byla to společenská záležitost vždycky v pátek. Poté, to přestaly být jenom pátky, byly to i pondělky a úterky. Dávky byly postupně vyšší a potom už člověk v tom lítal docela dost. Pořád jsem to ale ještě nebral jako závislost. Zatím nebylo nic, co by mi ukazovalo červenou, že na té droze je něco špatně. Ze začátku bylo braní drog v pohodě a neměl jsem z toho žádné výčitky, stresy, nic.“

Co Vám drogy vzaly a co daly?

V čem bylo poškození drogou?

Uvědomujete si riziko spojené s užíváním drog?

„Když jsem začal brát, tak jsem si riziko neuvědomoval, ale teď už ho vím. Ted'ka se to obrátilo v tom smyslu, že já jsem ještě nedávno viděl na tom fetu ty příjemné věci. Když si dám, tak jsem viděl ty příjemné pocity a věci, nebylo to, že by mi hned do hlavy, do mysli vyskočily ty nepříjemné stavy. Ted'ka já mám na tom hrozné výčitky svědomí, prostě že jsem si to dal. Já jsem se nikdy nesmířil s tím, že беру drogy, s tím pořád bojuji a prostě brát nechci. No a teďka se mi to obrátilo na to, že vlastně já když si představím drogu perník, tak mi okamžitě vyskočí ty špatné myšlenky, že mám výčitky svědomí vůči dětem, rodičům, ale i sobě a že to nepatří do normálního života. Že s tím se normálně žít nedá. Ted'ka se mi to obrátilo, že již nemyslím na ty příjemné pocity, protože ty jsou velice krátké a chvilkové a nedokáže se to vyvážit s těma špatnýma, protože ty jsou silnější. Doufám, že na tyto špatné věci dlouho nezapomenu, jsou pro mě teďka velice intenzivní, dále bych je nechtěl blíže popisovat.“

Jakým způsobem se projevovala chuť na látku?

„V hlavě si člověk představí chvíli, kdy si tu drogu bere a prostě mozek na to zareaguje tak, že navodí tělu příjemný pocit a asi si představujete libost. Rychlá úleva pro Vás, rychle se zbavit starostí.“

Co bylo ve Vašem životě na droze normální?

„Tak já nevím, choval jsem se vždycky asi slušně, dával jsem na sobě najevo, jako bych nebyl zfetovaný, pořád jsem se snažil tvářit, že neberu drogy a když už jsem se pohyboval ve společnosti, tak jsem měl morální povinnost, aby to lidi neviděli a nepoznali to na mě. O tom jsem se snažil, udělat jakousi masku.“

Můžete specifikovat stav na pervitinu?

„Energie, euforie, prostě jako nějaké intenzivnější vnímání okolí. V hlavě takové intenzivnější vnímání okolí.“

Okruh léčba a já

Jaké druhy léčby jste již předtím vyzkoušel?

„V roce 2006 jsem byl v Bohnicích léčen, asi měsíc jsem to vydržel, v dobrovolné léčbě. A poté v roce 2008 jsem byl v komunitě v Červeném dvoře, asi tři měsíce jsem vydržel. Z komunity jsem odešel, protože jsme se tam sešli parta dvou kluků a holek, trhli jsme se a ukončili léčbu a odešli jsme. Poté jsme se každý rozešli svou vlastní cestou a začali jsme znova brát drogy.“

Vidíte rozdíl mezi dobrovolnou a nucenou léčbou?

„Má dobrovolná léčba nebyla přímo, že já bych chtěl, bylo to hlavně kvůli rodině a přítelkyni. Tak mi vadilo, že беру drogy a oni to nějak vnímají a tak bych se kvůli nim měl dát dohromady. Sám jsem odhodlaný nebyl, bylo to kvůli nim hlavně. Mě to trápilo, že беру drogy, tak jsem v té době vůbec nechtěl být s nimi v kontaktu, aby to na mě nepoznali, měl jsem z toho strach. Do léčby jsem šel hlavně díky svému okolí.“

V čem se lišila dobrovolná a nucená léčba?

„V komunitě byl taky program jako nabitý docela, skupina, práce, muselo se vařit a hodně jsme sportovali, jezdili jsme na kole a na běžky jsme chodili. Aktivit bylo dost, stejně jako tady. Tady to dopoledne uteče strašně rychle. Léčby shledávám podobné, já v tom žádný rozdíl velký nevidím, jen ten, že tam můžete odejít, kdykoliv se Vám zachce, tady ne.“

Kdy v léčbě nebo ještě před léčbou došlo ke zlomovému rozhodnutí, že život na drogách není dobrý? Jak tento proces probíhal?

„Zlom přišel při poslední recidivě, kdy jsem si dal, tak mi došlo, že to je hrozný nesmysl a začal jsme mít z toho strach. V léčbě jsem si to uvědomil, jsou to asi dva měsíce zpátky. Vzpomínka na drogu ve mně vyvolává křeče v žaludku, svírající pocity, člověk si vzpomene jen na ty špatné věci. Tam už není představa jo, dám si a užiju si, ale máte představu negativních věcí a negativních vzpomínek. Dále nechci specifikovat.“

Z jakého důvodu byste opustil zařízení a nařízenou léčbu?

„Už bych neutekl. Měl bych špatné výčitky, bál bych se soudů. Za žádných okolností bych už neutekl. Předtím jsem neviděl ty okolnosti, chtěl jsem být za každou cenu svobodný a celou tu dubu, co jsem byl venku, jsem myslel na to, že jsem udělal chybu. Nic jsem z toho neměl, hned druhý den ráno jsem se vrátil zpátky do léčby.“

Co Vám léčba dala a co vzala? Zhodnoťte pozitiva a negativa léčby.

„Já jsem měl příznaky schizofrenie, které asi po třech měsících léčby odezněly, takže z toho mě vyléčili a taky jsem měl jiný pohled na alkohol a drogy, než mám teď. Takže se to nějakým způsobem otočilo, negativní pocity z toho mám, které předtím nebyly.“

„Co mi léčba vzala? Hrozně moc toužím po svobodě, po normálních věcech, po kterých jsem netoužil a přišly mi normální. Teďka toužím po věcech normálního života, s tím jaký je se vším všudy, s prací, se starostmi, radostí. Všechno, co budu dělat, tak mi něco přinese.“

Čeho byste chtěl během pobytu v léčebně dosáhnout, motivace klienta ke změně.

„Abstinovat už navždy a žít normální život bez drog, už pro svou rodinu, přítelkyni, děti.“

Okruh motivace klienta k abstinenci, recidiva, budoucnost

Zhodnoťte Vaše změny za poslední dobu.

„Utvoření negativních pocitů z drogy. Mám více jasno ve věcech, ve kterých jsem předtím jasno neměl. Mám větší chuť do života, mám větší snahu, nikdy se nevzdám a na drogy se koukám úplně jinak než předtím.“

Máte plán na zvládnutí recidivy?

„Já jsem s kamarády nebral, bral jsem vždycky sám, takže mě k tomu nemá kdo zlákat. Byl jsem samotář. Takže nepočítám s tím, že by to nikdo donesl. Měl bych tu sílu odmítnout, určitě bych ji měl. Nebudu dělat nic proto, abych měl problémy. Až se něco pokazí, tak nevím, jak budu reagovat, ale dneska Vám neřeknu, jak budu reagovat. Budu se ale snažit abstinovat.“

Jaká je Vaše představa budoucnosti?

„Vím přesně, co budu dělat. Vrátím se do firmy, kde jsem předtím dělal, ochranku, tam se vrátím zpátky a nevím, jak dlouho tam zůstanu. Ale počítám s tím, že budu hnedka pracovat, potřebuji práci. Možná bych se mohl vrátit k doléčovacím programům, nevím ještě přesně jak. Asi budu někam chodit, zatím jsem o tom nepřemýšlel.“

Příloha č. 3

Osnova protitoxikomanického ochranného léčení na pavilónu 17

V0-

Režim bez návštěv

Kritéria pro postup do V0:

1. Minimálně 14 dní ve V0-
2. Zpracování 10 témat
3. Minimálně 4x účast na sportovní terapii s terapeutem, dosažení výkonnostního stupně sportovní terapie
4. 4 - 6 individuálních pohovorů

V0

Možnosti – návštěvy rodinných příslušníků

Kritéria pro postup do V1:

1. Minimálně 30 dní (po útěku 60 dní) ve V0
2. Dosažení bodového limitu 90 b. od přestupu do V0
3. Minimálně 6x účast na sportovní terapii s terapeutem, dosažení výkonnostního stupně sportovní terapie
4. Zpracování 20 témat (každý pracovní den jedno)
5. 4-6 individuálních pohovorů
6. 2x vlastní téma na skupině
7. Aktivní účast na skupinové psychoterapii (podmínkou je souhlas se základními pravidly skupiny)
8. Formulace kontraktu pro přestup do patra a jeho přijetí pacienty v patře

V1

Možnosti – přestup do patra

- pracovní terapie
- sportovní terapie mimo pavilón

Kritéria pro postup do V2:

1. Minimálně 30 dní ve V1
2. Dosažení bodového limitu 125 b od přestupu do V1
3. Aktivní účast na skupinové psychoterapii
4. Minimálně 6x účast na sportovní terapii s terapeutem, dosažení výkonnostního stupně sportovní terapie
5. Zpracování 20 témat (každý pracovní den jedno)
6. 4-6 individuálních pohovorů
7. Životopisná skupina
8. 1x vlastní téma na skupině

V2

Možnosti – možnost účasti na AT skupinách mimo léčebnu (Sananim, Drop-in,...)

Kritéria pro podání návrhu k přeměně OL:

1. Minimálně 30 dní ve V2
2. Dosažení 110 b. od přestupu do V2
3. Vedení samořídící skupiny
4. Aktivní účast na skupinové psychoterapii

5. Minimálně 6x účast na sportovní terapii s terapeutem, dosažení výkonnostního stupně sportovní terapie
6. Zpracování 20 témat (každý pracovní den jedno)
7. Skupina o průběhu léčení a vyhlídkách do budoucna
8. 1x vlastní téma na skupině
9. 4-6 individuálních pohovorů
10. Přednáška na vybrané téma